

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

BIANCA CRISTINA SILVA DE ASSIS

**SATISFAÇÃO E SOBRECARGA DE TRABALHO ENTRE PROFISSIONAIS DE
EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2019

BIANCA CRISTINA SILVA DE ASSIS

**SATISFAÇÃO E SOBRECARGA DE TRABALHO ENTRE PROFISSIONAIS DE
EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – EE/UFMG, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem e Saúde.

Área de concentração: Enfermagem e Saúde

Linha de pesquisa: Organização e Gestão de serviços de saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Maria Odete Pereira

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a. Girliani Silva de Sousa

Belo Horizonte – Minas Gerais

2019

Assis, Bianca Cristina Silva de.
AS848s Satisfação e sobrecarga de trabalho entre profissionais da
atenção primária à saúde [manuscrito]. / Bianca Cristina Silva de Assis. -
- Belo Horizonte: 2019.
125f.: il.
Orientadora: Maria Odete Pereira.
Coorientadora: Girliani Silva de Sousa.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Escola de Enfermagem.

1. Pessoal de saúde. 2. Carga de Trabalho. 3. Esgotamento
Profissional. 4. Satisfação no emprego. 5. Atenção Primária à Saúde.
6. Dissertações Acadêmicas. I. Pereira, Maria Odete. II. Sousa, Girliani
Silva de. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de
Enfermagem. IV. Título.

NLM: WA 487.5.H4

Bibliotecária responsável: Fabiene Letizia Alves Furtado CRB-6/2745

Escola de Enfermagem da UFMG
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Av. Alfredo Balena, 190 | 30130-100
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
+ 55 31 3409-9836 | 31 3409-9889
caixa postal: 1556 | colpgrad@enf.ufmg.br

25
III anos
1994 - 2019

enfermagem
pós-graduação • UFMG

UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS

ATA DE NÚMERO 602 (SEISCENTOS E DOIS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA BIANCA CRISTINA SILVA DE ASSIS PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 17 (dezesete) dias do mês de abril de dois mil e dezenove, às 09:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*SATISFAÇÃO E SOBRECARGA DE TRABALHO ENTRE PROFISSIONAIS DE EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE*", da aluna *Bianca Cristina Silva de Assis*, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Maria Odete Pereira (orientadora), Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira (participou da sessão por videoconferência) e Lívia Cozer Montenegro, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 17 de abril de 2019.

Profª. Drª. Maria Odete Pereira
Orientadora (EEUFMG)

Maria Odete Pereira

Profª. Drª. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
(EEUSP)

Marcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Profª. Drª. Lívia Cozer Montenegro
(EEUFMG)

Livia Cozer Montenegro

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 16/05/19

Kenia Lara Silva
Dra. Kenia Lara Silva
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG

MODIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

Modificações indicadas na Dissertação de Mestrado da aluna **BIANCA CRISTINA SILVA DE ASSIS**.

As modificações foram às seguintes:

Apresentar a metodologia quantitativa no resumo e as categorias quantitativas.

Terer uma introdução às categorias de análise qualitativa.

Dedocar para a conclusão as limitações, contribuições e implicações para a prática dos profissionais e gestão.
Realizar a revisão ortográfica.

NOMES

Prof. Dr. Maria Odete Pereira

Prof. Dr. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Prof. Dr. Livia Cozer Montenegro

ASSINATURAS

Maria Odete Pereira

Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Livia Cozer Montenegro

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Data 06.05.2019

Kenia Lara Silva

Prof.ª Dra. Kênia Lara Silva
Coordenadora do Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG

O projeto de pesquisa desenvolvido para a elaboração da presente dissertação, constitui-se uma Emenda do projeto intitulado: “Estratégias promotoras de acolhimento, vínculo e autonomia em contextos na Rede de Atenção Psicossocial mineira. O estudo está vinculado ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Políticas e Práticas em Saúde mental, drogas e direito humanos, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

A mestrandia estudou com bolsa de auxílio financeiro concedida pela Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES).

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitora

Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-Reitor

Alessandro Moreira

Pró-Reitor de Pesquisa

André Massensini

Pró-Reitora de Pós-Graduação

Fábio Alves da Silva Júnior

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Diretora

Sônia Maria Soares

Vice-Diretora

Simone Cardoso Lisboa Pereira

Coordenadora do Colegiado de Pós-Graduação

Kênia Lara da Silva

Subcoordenador do Colegiado de Pós-Graduação

Francisco Carlos Félix Lana

DEDICATÓRIA



“Todo caminho da gente é resvaloso. Mas também, cair não prejudica demais - a gente levanta, a gente sobe, a gente volta! O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. E o que ela quer da gente é coragem!”

(João Guimarães Rosa)

A Deus e Santa Rita de Cássia,

pelo dom da vida e proteção de sempre.

À minha família (Felipe e Benício),

minha fonte interminável de força, fez-me acreditar que seria capaz
e que esse sonho seria possível tornar-se realidade.

Aos meus pais (Wagner e Rosania), minha irmã Bárbara e meu

cunhado Tiago,

obrigada por me incentivarem desde o início, por me impulsionarem
na buscas dos meus objetivos e por entenderem minhas ausências!





AGRADECIMENTOS

À Professora e orientadora, Prof.^a Dr.^a Maria Odete Pereira,

pelo acolhimento e sorriso aberto desde nosso primeiro contato, no qual pude perceber o tamanho de seu coração. Sou grata pela confiança, pelas palavras carinhosas e por toda a compreensão. Agradeço imensamente por ter confiado em mim e me dito palavras duras e leves nos momentos em que precisei ouvir. Sou grata pelos abraços e aprendizados que você me proporcionou. Obrigada por toda a paz transmitida!

À Professora e coorientadora, Prof.^a Dr.^a Girliani Silva de Sousa,

por toda a dedicação, empenho e carinho que me recebeu desde nosso primeiro contato. Seus ensinamentos, sua calma e suas palavras foram sábias e ideais para que eu chegasse até aqui! Você é LUZ!

Ao Prof. Dr Mark Anthony Beinner,

por estar sempre disposto a me orientar nas dúvidas que surgiam no meio do caminho. Agradeço por ter sido luz, pelo empenho e dedicação para que tudo encontrasse o caminho certo.

À UFMG, Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG e seus mestres,

por ter sido território de pouso, de transformação e de descobertas, que me tornaram mais humana e capaz de correr atrás dos meus sonhos. Em especial aos professores que tive o privilégio de conhecer e com quem tanto me identifiquei: Marília Alves, Meiriele e Isabela Câncio.

Aos colegas do curso de mestrado,

pelos bons momentos que passamos juntos. Pelas lutas e vitórias alcançadas. Vocês me fizeram acreditar que tudo valeria a pena.

Ao “ELAS” (Diene, Lázaro, Renata, Jaime e Carolzinha),

por terem sido meu maior amparo e por não medirem esforços para me mostrar o quanto nossa união era importante no decorrer do nosso caminhar. Durante nossa trajetória ganhamos dois grandes presentes: Benício e Catarina, que nos uniram ainda mais. Sou fã de vocês!

Vocês vão longe!



À Carol, Natália, Lúdia e Gisele

pelas enormes contribuições, palavras carinhosas, desabafos e desafios vencidos em conjunto. Vocês foram sem dúvidas essenciais para tornar essa árdua jornada mais leve. Vocês me ensinaram muito sobre amizade!

Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Políticas e Práticas de Saúde Mental, Drogas e Direitos Humanos: Natália, Ana Carolina, Caio, Lúdia, Vanessa, Juliana e Anna Patrícia,

por dividirem comigo suas experiências e caminharem ao meu lado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES),

pelo auxílio financeiro com a bolsa de pesquisa.

Ao Prefeito Hígino, Secretário de Saúde Luciano e profissionais da Saúde do município de Ritópolis,

agradeço imensamente as oportunidades concedidas e por aceitarem participar dessa pesquisa em busca de melhorias para todo o município.

E, finalmente, a todos que de alguma maneira contribuíram ou torceram por mais essa conquista na minha vida!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS



A Deus e Santa Rita de Cássia, pelo dom da vida e fonte de proteção. Obrigada por cuidarem de mim em todos os momentos!

Ao Benício, “abençoado”, “homem bom”, “aquele que está sempre bem”, mas que para mim, é a mais bela tradução de felicidade. E que felicidade! Você foi a melhor surpresa que eu poderia receber de Deus durante esse percurso. Você iluminou meus dias ainda mais, você se tornou minha fonte de amor, minha luz, meu guia. Todos os sorrisos pela manhã me fazem acreditar que tudo vai dar certo. Eu te amo meu filho!

Ao meu esposo Felipe, que sempre me fez acreditar que eu seria capaz. Obrigada por ser meu amor, amigo e melhor companheiro. Obrigada por entender minha ausência quando era necessário. Descobrimos a chegada do nosso maior tesouro no meio desse percurso e percebemos o quanto somos abençoados por Deus. Dividimos juntos a luta pelo final do mestrado e da residência, mas sem dúvidas, o melhor disso tudo foi poder ver como nosso amor só cresceu cada dia mais e mais. Obrigada por suportar toda essa luta ao meu lado. Você me faz acreditar em um mundo melhor!

Aos meus amados pais: Wagner e Rosania, vocês que nunca mediram esforços por mim, que abriram mão diversas vezes de seus sonhos para tornarem os meus realidade. Obrigada pelo que fui, pelo que sou e pelo que serei, lembrando eternamente de seus ensinamentos. Obrigada por todo o apoio e ajuda. Gratidão por TUDO!

À minha irmã Bárbara, que faz questão de ser presente mesmo com a distância física que nos separa. Sou grata pelos conselhos e todo amor recebido.

Ao meu cunhado Tiago, sempre presente e prestativo, servindo de inspiração pela calma, paciência e disponibilidade de sempre.

Às minhas avós Conceição e Jandira, meus tesouros, minhas joias, meus maiores exemplos de fé, força e determinação. Vocês são a luz que me ilumina e me guia!

Aos meus queridos primos Anderson, Frederique e Ariane, sempre presentes, fazendo questão de oferecer um ombro amigo e caminhando fielmente ao meu lado.

À querida Madrinha Neide, nossa sintonia se faz presente desde que me entendo por gente. Nossa afinidade faz com que os dias sejam mais coloridos. Obrigada pelos desabaços e por entender sempre minhas ausências.

À minha afilhada Lara, doce sorriso de criança que completa meus dias e me faz querer ser uma pessoa melhor.

À família Viana de Assis, em especial à sogra Luzia e ao sogro Pedrinho, que se fazem presentes mesmo com toda distância física. Obrigada pelo apoio recebido sempre.

Às minhas amigas, em especial Elaine Nery, Nathália Rabelo, Mariana Baccarini, Aline e Taynara, que me ensinam que amizade vai muito além de presença física. Amizade é cumplicidade, é sintonia, é compaixão!

Às amigas Maria Carolina e Débora Campos, que se fazem presentes depois do término da graduação, que dividem comigo as lutas e as conquistas e que me fazem acreditar que posso ir além. Obrigada por permanecerem ao meu lado!

Ao meu filho de quatro patas, Mingau, que transformou meu coração desde a sua chegada.

Ao amigo/irmão André Assunção, por estar ao meu lado em tantos anos de amizade, por ser presente nos momentos em que mais precisei. Pelo seu cuidado, carinho e amizade constante.

Às vizinhas de BH: Íris, Neusa e Iracilda, por me acolherem, proporcionarem-me momentos inesquecíveis e por serem a minha família em Belo Horizonte.

A todos os familiares e amigos, pelo incentivo constante e por me proporcionarem momentos de alegria e descanso nessa jornada.

RESUMO

ASSIS, B. C. S. **Satisfação e Sobrecarga de trabalho entre profissionais de equipes da Atenção Primária à Saúde**. 2019. 124 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

Introdução: O trabalho na Atenção Primária em Saúde requer competências dos profissionais que atuam na Rede de Atenção à Saúde. A complexidade laboral exigida pelos profissionais das equipes, considerando as relações interpessoais, as vivências de situações de saúde sociais complexas, bem como a imposição de metas verticalizadas, podem resultar em sobrecarga de trabalho e insatisfação profissional. É preciso que haja sintonia entre gestores e trabalhadores, assim como a desconstrução de práticas assistemáticas já instituídas, gerando motivação em busca de melhorias para a qualidade de vida e trabalho desses profissionais, além de melhor qualidade da assistência e cuidados prestados aos usuários. **Objetivos:** Analisar a satisfação e sobrecarga com o trabalho de profissionais das equipes de atenção primária à saúde do município de Ritópolis - Minas Gerais. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, interpretativo, de abordagem mista. A amostra foi constituída de 36 participantes de ambos os sexos, com idades entre 20 e 68 anos, dos quais foram coletados dados demográficos, socioeconômicos e de satisfação e sobrecarga de trabalho. Realizou-se análise estatística descritiva (frequências absolutas e relativas) e multivariada (Regressão de Poisson), com nível de significância de 5% para os dados quantitativos e Análise Temático Categórica para os dados qualitativos. **Resultados:** Os resultados evidenciaram uma baixa exaustão emocional, baixa despersonalização e alta realização pessoal, caracterizando baixo nível de *Síndrome de Burnout*. A declaração dos participantes esteve entre os níveis indiferente e satisfeito com o trabalho ($\mu=2,3$), destacando a satisfação intrínseca. Conforme a regressão da amostra estudada, a sobrecarga associou-se à insatisfação com o trabalho em 0,5%. Os principais fatos ressaltados pelos profissionais como influenciadores na sobrecarga e insatisfação com o trabalho foram: desvalorização salarial, práticas assistemáticas, fragmentação da rede de atenção à saúde e tensão emocional. **Conclusão:** Apesar de baixa sobrecarga e alta satisfação com o trabalho, a maioria dos profissionais relatou a sensação de desvalorização profissional vinculada à questão salarial. Evidenciou-se uma boa relação entre os profissionais e a gestão local, o que reflete positivamente na satisfação com o trabalho e reduz as dificuldades que poderiam impactar negativamente em sobrecarga laboral.

Palavras-chave: Pessoal de saúde. Carga de trabalho. Esgotamento Profissional. Satisfação no emprego. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

ASSIS, B. C. S. **Satisfaction and work overload among professionals from Primary Health Care teams.** 2019. 124 f. Dissertation [Master's in Nursing] - School of Nursing, University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

Introduction: The work in Primary Health Care requires skills of the professionals who work in the Health Care Network. The work complexity required by the professionals of the teams, considering the interpersonal relationships; the experiences of complex social health situations, as well as the imposition of vertical goals, can result in work overload and professional dissatisfaction. There must be harmony between managers and workers, as well as the deconstruction of unsystematic practices already in place, generating motivation in looking for improvements to the quality of life and work of these professionals and better quality of care and care provided to users. **Objectives:** To analyze the satisfaction and overload with the work of professionals of primary health care teams, in the city of Ritópolis - Minas Gerais. **Method:** This is a descriptive, interpretive, mixed approach study. The sample consisted of 36 participants, of both sexes, aged between 20 and 68 years, from whom demographic, socioeconomic and satisfaction and workload data were collected. A descriptive statistical analysis (absolute and relative frequencies) and multivariate analysis (Poisson regression) with 5% significance level to the figures, and Thematic Categorical Analysis for qualitative data. **Results:** The results showed a low emotional exhaustion; low depersonalization and high personal accomplishment, characterizing low level of Burnout Syndrome. Participants declared themselves between levels indifferent and satisfied with work ($\mu = 2.3$), highlighting the intrinsic satisfaction with work. According to the regression, in the sample studied, the overload was associated with job dissatisfaction in 0.5%. The main facts highlighted by the professionals as influencers in overload and job dissatisfaction were: wage depreciation, unsystematic practices, network fragmentation of health care and emotional tension. **Conclusion:** It is noteworthy that despite low overhead and high job satisfaction, most practitioners have reported the feeling of professional devaluation, linked to the salary issue, because they feel devalued daily, as a result. We found a good relationship between professionals and local management, making the most pleasurable work and working as a strategy to reduce the difficulties that could negatively impact on work overload, as well as to reflect positively on job satisfaction.

Keywords: Health personnel. Work load. Professional Exhaustion. Job satisfaction. Primary Health Care. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa da localização da cidade de Ritópolis, no estado de Minas Gerais.....	44
Figura 2 - ESF Novos Rumos, situada no bairro de Cássia, Ritópolis/MG, 2018	44
Figura 3 - ESF Projeto Avante, situada no bairro Centro, Ritópolis/MG, 2018	45
Figura 4 - UBS Santa Rita, situada no bairro Centro, Ritópolis/MG, 2018	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Categorização dos escores do MBI para profissionais adaptado de Maslach <i>et al.</i> , (1996). Belo Horizonte, 2018.....	48
Tabela 2 - Distribuição da população estudada, segundo as características demográficas e socioeconômicas. Belo Horizonte, 2018	74
Tabela 3 - Distribuição da amostra por Exaustão Emocional, segundo a Escala de Maslach <i>et al.</i> , (1996), Belo Horizonte, 2018	75
Tabela 4 - Distribuição da amostra por Despersonalização segundo a Escala de Maslach <i>et al.</i> , (1996), Belo Horizonte, 2018.....	76
Tabela 5 - Distribuição da amostra por Realização Pessoal segundo a Escala de Maslach <i>et al.</i> , (1996), Belo Horizonte, 2018.....	76
Tabela 6 - Descrição dos escores médios (n = 36) de sobrecarga de trabalho segundo a Escala de Maslach <i>et al.</i> , (1996), Belo Horizonte, 2018.....	77
Tabela 7 - Distribuição da frequência de respostas (n=36) por itens do fator 1 “Exaustão Emocional” segundo a Escala de Maslach <i>et al.</i> , (1996), Belo Horizonte, 2018	79
Tabela 8 - Distribuição da frequência de respostas (n=36) por itens do fator 2 “Despersonalização”, segundo a Escala de Maslach <i>et al.</i> , (1996), Belo Horizonte, 2018	80
Tabela 9 - Distribuição da frequência de respostas (n=36) por itens do fator 3 “Realização Pessoal”, segundo a Escala de Maslach <i>et al.</i> , (1996), Belo Horizonte, 2018	81
Tabela 10 - Descrição dos escores médios (n=36) de satisfação com o trabalho segundo os fatores da escala S20/23. Belo Horizonte, 2018	83
Tabela 11 - Distribuição da frequência de respostas (n=36) segundo os itens do fator 1 “Satisfação com Relações Hierárquicas – SRH” da escala S20/23	83
Tabela 12 - Distribuição da frequência de respostas (n=36) segundo os itens do fator 2 “Satisfação com o Ambiente Físico de Trabalho – SAFT” da escala S20/23	85
Tabela 13 - Distribuição da frequência de respostas (n=36) segundo os itens do fator 3 “Satisfação Intrínseca no Trabalho – SIT” da escala S20/23	86
Tabela 14 - Efeitos das dimensões da Síndrome de <i>Burnout</i> (MBIGlobal) e variáveis socioeconômicas e sociodemográficas no trabalho, na dimensão da Satisfação pelo Método de Regressão Linear MQO	88

Tabela 15 - Efeitos das dimensões variáveis socioeconômicas e sociodemográficas no trabalho, na dimensão da Satisfação pelo Método de Regressão Linear MQO	88
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Categorização dos escores do MBI-GS para profissionais adaptado de Maslach <i>et al.</i> , (1996)	48
Quadro 2 - Descrição das variáveis de satisfação no trabalho, segundo o a versão reduzida 20/23 do Questionário de Satisfação no Trabalho	50
Quadro 3 - Categorização das variáveis avaliação de satisfação no trabalho, segundo a versão reduzida 20/23 do Questionário de Satisfação no Trabalho	51
Quadro 4 - Classificação das variáveis demográficas e socioeconômicas	53
Quadro 5 - Classificação das variáveis relacionadas às condições de trabalho	54

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da população estudada segunda as três subescalas que compõem a Síndrome de <i>Burnout</i> (Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal) segundo a Escala de Malash, Belo Horizonte	78
--	----

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	22
1 INTRODUÇÃO	24
2 REVISÃO DE LITERATURA	30
2.1 Histórico da Saúde e Atenção Primária no Brasil	30
2.2 Processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde	34
2.3 Sobrecarga de trabalho	36
2.3.1 Sobrecarga de trabalho e Síndrome de Burnout.....	36
2.4 Satisfação com o trabalho	38
3 JUSTIFICATIVA	41
4 OBJETIVOS	42
4.1 Objetivo geral	42
4.2 Objetivos específicos	42
5 METODOLOGIA	43
5.1 Tipo de estudo	43
5.2 Local do estudo	43
5.3 Participantes do estudo	46
5.4 Instrumentos e procedimentos para coleta de dados	46
5.5 Variáveis do estudo	52
5.5.1 Variáveis dependentes e independentes.....	52
5.5.2 Variáveis demográficas e socioeconômicas.....	52
5.5.3 Variáveis relacionadas às condições de trabalho.....	53
5.6 Análise dos dados	54
5.7 Aspectos éticos	55
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
6.1 Artigo de revisão integrativa acerca da sobrecarga de trabalho	56
6.2 Caracterização da amostra	70
6.2.1 Análise descritiva das variáveis demográficas e socioeconômicas.....	71
6.2.2 Análise descritiva da Sobrecarga de Trabalho e Satisfação com o trabalho	74
6.2.3 Análise descritiva da sobrecarga de trabalho.....	75
6.2.4 Análise descritiva da satisfação com o trabalho.....	82

6.3	Análise inferencial	87
6.3.1	Análise de Regressão.....	87
6.4	Análise Qualitativa	89
6.4.1	Satisfação nos processos de trabalho.....	89
7	CONCLUSÃO	101
	REFERÊNCIAS	103
	APÊNDICE A – Caracterização sociodemográfica e econômica de trabalhadores... 110	
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	112
	ANEXO 1 – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – CEP UFMG.....	114
	ANEXO 2 – Carta de Anuência para execução da pesquisa, fornecida pelo município de Ritópolis/MG.....	118
	ANEXO 3 – Maslach Burnout Inventory (MBI)	119
	ANEXO 4 - Questionário de Satisfação no Trabalho S20/23.....	121
	ANEXO 5 – Roteiro de Entrevistas Dados Qualitativos	124

APRESENTAÇÃO

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de São João del-Rei, tenho esta profissão como uma escolha, uma primeira opção, uma vocação. Sinto que ser Enfermeira completa meu lado humano. Completa o meu despertar em ajudar o próximo e fazer o que posso de melhor pelo outro. A Enfermagem para mim é uma troca. É devolver ao mundo o que ele me proporciona. É ser recíproca. É ser o que Deus espera de mim. É ser o melhor que posso ser a cada dia.

O mestrado foi um sonho. Foi um sonho desde 2012, quando tive minha primeira oportunidade de aproximação com a carreira acadêmica durante a graduação. Tive oportunidades maravilhosas que me fizeram ter a certeza de que a pesquisa “movia montanhas” em meu interior.

Em 2016 alcancei a aprovação no mestrado da UFSJ e da UFMG. Começaram então as indecisões, que por diversos motivos me fizeram escolher a UFMG. Fiz minha escolha e fui direcionada para ter como orientadora a professora Maria Odete.

A analogia que consigo fazer de toda minha trajetória no mestrado é que ela se tornou uma caixinha preta de surpresas, daquelas de mágicos. E foi tudo muito mágico! Deparei-me primeiramente tirando o primeiro item dessa caixinha: a mudança para Belo Horizonte, recém-casada, casa nova, tudo era novidade. Tive medos, tive aflições, afinal, não tinha tanta afinidade com a cidade grande a ponto de me sentir segura.

O segundo item que retirei da minha caixinha foi a área de saúde mental. De todas as experiências que tive, a saúde mental era, sem sombra de dúvidas, a que eu possuía menos afinidade. Tive medo, incertezas e me questionei diversas vezes se seria possível estudar tanto algo com o qual me faltava afinidade. E foi então que descobri que essa “falta de afinidade” era somente uma falta de aproximação. Durante as aulas e estágios ministrados, pude encontrar um mundo além daquilo tudo que já havia conhecido. Encontrei pessoas que foram capazes de transformar meus dias. Encontrei no Grupo de Tabagismo uma motivação para minha própria vida, que foi além do que eu esperava construir nesse mestrado.

Durante a graduação, tive a oportunidade de vivenciar em meu internato rural uma experiência maravilhosa que despertou o meu interesse pela porta de entrada na rede de atenção à saúde: a Atenção Primária. E foi então que encontrei, em conjunto com a minha orientadora,

uma afinidade que tínhamos em comum. Resolvemos então mergulhar nesse cenário que apresenta diversas fragilidades em se tratando de saúde mental dos seus profissionais.

Terceiro item retirado: a gestação! No segundo semestre de 2017, descobrimos a gravidez. Tive medo, muito medo. Tive insegurança. Fui acolhida de uma forma que só posso dizer que serei eternamente grata! O mestrado marcará o resto da minha vida de uma forma profunda, uma forma de amor. O maior amor que já conheci!

Quarto item retirado: amizades e ombro amigo. Como eu poderia esperar do mestrado encontrar grandes pessoas e corações dispostos a me receber de braços abertos? E o mestrado me surpreendeu. Encontrei professores maravilhosos, em especial minha orientadora. Maria Odete esteve o tempo todo preocupada com o meu bem-estar, acima de qualquer coisa. Esteve disposta a me acolher, a dizer palavras doces quando necessitei e duras quando foi preciso. Fez-me ser uma pessoa melhor ao descobrir que ainda existem pessoas que possuem o coração do tamanho do mundo. Carol, Natália, Lídia e Gisele, que dividiram comigo não só a sala da nossa orientadora, mas que dividiram conquistas, lutas, lanchinhos, saidinhas e muitas risadas. Todos os amigos que fiz no mestrado, em especial ao ELAS, que me acolheram desde nosso primeiro contato em “Práticas de Gestão”, e me mostraram que nossa amizade e companheirismo estava acima de qualquer nota esperada (desesperada) em nossa caminhada.

E assim eu fui virando mágica. Minha vida foi se tornando uma mágica. Mágica do conhecimento, mágica do amor, mágica da realização. E só me resta ser grata a Deus e a todos que encontrei durante essa trajetória!

1 INTRODUÇÃO

A sobrecarga de trabalho possui diversos conceitos que se referem à carga de trabalho, como “estresse psicológico” (FOLKMAN *et al.*, 1986), “*burnout*” (MASLACH; JACKSON, 1981) ou “sobrecarga” (CHOU; LI; HU, 2014), sendo uma pluralidade de formas para medir o fenômeno.

Apesar da existência de uma pluralidade de conceitos acerca da sobrecarga, Maslach & Schaufeli (1993) destacam cinco características comuns que norteiam as definições criadas por outros autores, sendo elas: sintomas relacionados à exaustão emocional, fadiga e depressão, maior presença de sintomas comportamentais e psíquicos, manifestação em indivíduos que não sofreram distúrbios psicopatológicos, sintomas relacionados estritamente ao trabalho e, por fim, diminuição da efetividade e do desempenho no trabalho, bem como atitudes e comportamentos negativos (MASLACH; SCHAUFELI, 1993).

A sobrecarga de trabalho é definida ainda como a exaustão do trabalhador, culminando em uma sensação de estar no limite de uma somatória de situações estressantes, tendo como desdobramentos o cansaço e a falta de paciência (FERNANDES *et al.*, 2008).

A sobrecarga de trabalho é reconhecida como um transtorno psíquico, registrada na Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10), na lista de transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho. No Brasil, esta é contemplada como síndrome de *Burnout* e constitui a segunda categoria diagnóstica de Transtornos Mentais, na lista de doenças profissionais e relacionadas ao trabalho (ALONSO, 2014; BRASIL, 2001).

Fernandes e colaboradores (2008) afirmam que a sobrecarga de trabalho está associada aos ritmos acelerados e altas demandas de trabalho impostas por instâncias superiores, associada à convivência familiar e demandas subjetivas de exercício da individualidade, os quais constituem uma das principais queixas de profissionais que atuam na área da saúde.

Ainda nesse sentido, como citado anteriormente, a sobrecarga de trabalho pode resultar em *Síndrome de Burnout (SB)*, que é uma síndrome constituída por três dimensões relacionadas, porém independentes: exaustão emocional, caracterizada por falta de energia e entusiasmo e sensação de esgotamento de recursos, somado ao sentimento de frustração e tensão nos trabalhadores, despersonalização - desenvolvimento de uma insensibilidade emocional e diminuição da realização profissional, que se refere à tendência do trabalhador a auto avaliar-se de forma negativa, tornando-se infeliz e insatisfeito com seu desenvolvimento profissional (MORENO *et al.*, 2011; SILVEIRA *et al.*, 2016).

A SB é considerada um problema de saúde pública, visto que sua incidência tem aumentado de maneira significativa nos últimos anos, em diversos países, inclusive no Brasil. A SB pode ocasionar diversas implicações na vida do trabalhador, principalmente, na saúde física e mental, chegando a prejudicar sua qualidade de vida no ambiente profissional (SILVEIRA *et al.*, 2016).

Silveira e pesquisadores (2016) destacaram como principais fatores desencadeantes da SB o envolvimento emocional excessivo dos profissionais com os problemas dos pacientes, alta competitividade, impaciência, pessimismo, baixa autoestima, intolerância a frustrações, esgotamento profissional e diminuição da realização profissional. Os autores destacam ainda como principais consequências resultantes da SB: sintomas gerais (fadiga, mialgia, distúrbios do sono, cefaleia, enxaqueca), sintomas específicos (gastrointestinais, cardiovasculares, respiratórios e sexuais), sintomas psicológicos (falta de concentração, sentimento de solidão, déficit de memória, agressividade) e outros como abuso de álcool, café e cigarro, além do uso de substância ilícitas e tranquilizantes.

Estudos indicam que a sobrecarga no trabalho dos profissionais da saúde está intimamente relacionada com maiores riscos de problemas com o estresse laboral, como altas taxas de rotatividade, absenteísmo e SB (MARK; SMITH, 2012; SILVEIRA *et al.*, 2016). Os trabalhadores em saúde estão submetidos a múltiplos riscos associados com o labor, provenientes de fatores químicos, físicos, mecânicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais (RIBEIRO *et al.*, 2012).

Evangelista e colaboradores (2011) apontaram que a sobrecarga de trabalho em profissionais da Atenção Primária à Saúde dificulta a execução das tarefas e o atendimento e acolhimento aos usuários. Com isso, o processo de trabalho pode ficar fragilizado e assumir-se como prática assistemática já instituída, o que não gera qualquer motivação de mudança de comportamento, mas somente busca uma ideologia de desenvolvimento econômico e cumprimentos de regras.

O trabalho nem sempre é uma fonte de realização profissional e pode, muitas vezes, gerar problemas de insatisfação e exaustão que afetam a qualidade dos serviços prestados e, em se tratando de saúde, afeta os usuários que demandam uma produção de imediato (SILVA *et al.*, 2015).

A complexidade laboral dos profissionais de saúde, considerando as relações interpessoais com os demais profissionais e a vivência do sofrimento dos usuários, também

pode fazer com que o profissional se sinta insatisfeito com o trabalho. A satisfação no trabalho é um fenômeno complexo que envolve vários fatores causais, incluindo ambiente de trabalho, formação, supervisão e gestão (LERNER *et al.*, 2011; MORAIS *et al.*, 2016).

Zhang e colaboradores (2012) acreditam que a satisfação no trabalho é considerada o melhor preditor de intenções dos profissionais de saúde em permanecer no serviço, assim como da qualidade da assistência e desempenho profissional. Isso corrobora a premissa de que maiores níveis de satisfação profissional acarretam aumento do comprometimento organizacional dos profissionais.

Em contrapartida, menores níveis de satisfação laboral têm sido associados à alta rotatividade de pessoal, resultados ineficientes para os usuários e aumento de despesas financeiras. Comumente, profissionais que possuem maiores níveis de satisfação no trabalho estão mais dispostos a ser psicologicamente envolvidos em seu trabalho (HAYES; DOUGLAS; BONNER, 2015).

A motivação/satisfação com o trabalho é resultante da interação de diversos fatores como o esforço individual, rendimento, organização e objetivação pessoal (SILVEIRA *et al.*, 2016).

Ademais, ressalta-se que os profissionais de saúde satisfeitos demonstram destrezas físicas, mentais e emocionais para exercer suas atividades, melhorando a qualidade do cuidado (KADDOURAH *et al.*, 2013).

Os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) fazem parte do grupo de risco para o desenvolvimento da SB por estarem em constante vivência de enfrentamento de desafios e resistência com o modelo assistencial, Isto é, estão constantemente em contato com um processo voltado à saúde-doença que vai além de práticas curativas, prestando um serviço integral à população, atuando na promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde, conforme os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) (GOÉS *et al.*, 2012).

A implementação do SUS, a partir da Constituição de 1988, promoveu a descentralização da atenção à saúde no contexto brasileiro (SOLLA, 2010). Como resultado, verificou-se aumento expressivo do número de serviços de saúde em todo território nacional.

Segundo informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), existem no Brasil, atualmente, mais de 33 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS). Essa expansão ocorreu devido ao processo de descentralização/municipalização da saúde, o que

implicou na transferência de poder, de responsabilidades, prerrogativas e recursos do nível federal para estados e principalmente municípios (COLLINS, 2000).

A transferência de níveis ocorreu a partir da redefinição das funções e responsabilidades de cada um deles, cujo propósito era racionalização da gestão dos sistemas de saúde e das formas de financiamento, a fim de possibilitar melhoria na organização e gestão dos serviços de saúde.

Após a implantação do SUS, em 1994, o Ministério da Saúde implantou e incentivou o Programa de Saúde da Família, atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), visando à reorganização da Atenção Primária à Saúde. Essa reorganização objetivou a reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção primária à saúde (BRASIL, 2011).

Dando continuidade às diretrizes do SUS, esse processo de descentralização e efetivação de princípios da ESF aumentou o fortalecimento do vínculo entre os serviços de saúde e a população/comunidade. Essa reorganização fez com que a população se tornasse sujeito ativo no processo saúde-doença, contribuindo para que a prestação de serviços pelos profissionais fosse feita de maneira holística e humanizada, de modo que as intervenções eram realizadas quando necessário, uma vez que as demandas se tornaram mais facilmente identificáveis (CAMPOS, 2009).

A ESF atualmente é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para expansão e consolidação de uma Política Nacional de Atenção Básica, o que vem permitindo uma maior inclusão social, política e econômica, a uma política sanitária (BRASIL, 2017; NETO, 2007).

A Atenção Básica foi regulamentada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecida pela primeira vez em 2006, sendo a segunda edição em 2011 e a terceira em 2017. Em 2006, no contexto vivenciado pelo Pacto pela Saúde, a PNAB ampliou a concepção de Atenção Básica, reconhecendo a Saúde da Família como modelo de substituição e reorganização da Atenção Básica. Além disso, revisou as funções das Unidades Básicas de Saúde, reconhecendo a existência de diferentes modelos, com e sem Estratégia de Saúde da Família (MELO *et al.*, 2018).

Em 2011, a PNAB requalificou as Unidades Básicas de Saúde no âmbito de reformas, ampliações, construções e informatização, com o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e o Programa Mais Médicos. Criou-se também o e-SUS AB, oferecendo o

prontuário eletrônico. Destaca-se também a criação de consultórios de rua, ribeirinhas e fluviais (MELO *et al*, 2018).

Em 2017, surgiu então a nova versão da PNASB, e como em todas as outras, foram discutidas as atribuições e funções de cada trabalhador das unidades, bem como a regulamentação para seu melhor funcionamento. Nessa versão, além das funções privativas, é atribuição comum de todos os profissionais da equipe multidisciplinar a participação no gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da ESF. Como diferencial das outras PNAB's, a PNAB de 2017 reconheceu outras formas de organização da Atenção Básica além da Saúde da Família (MELO *et al*, 2018).

A PNAB 2017 trouxe ainda, como responsabilidade tripartite, a garantia do transporte em saúde para usuários e equipe, incorporação do Agente de Combate à Endemias (ACE), carga horária mínima de 10 horas dos seus profissionais, sem obrigatoriedade de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na sua composição. Ressalta-se ainda a integração entre vigilância e Atenção Básica, de modo que os ACS e ACE deveriam executar ações de forma unificada e os ACS trabalharem com novas competências por meio de uma formação específica, assistidos por um profissional de nível superior (MELO *et al*, 2018).

Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção Básica está centrada na prevenção de doenças e agravos, na busca da reabilitação e promoção da saúde, a fim de ampliar as noções de práticas de saúde. Norteada pelos princípios de integralidade, qualidade, equidade e participação social, a PNAB busca também mudanças no processo de condução das ações em saúde (SILVA; MOTTA, 2015).

Sumar e Fausto (2014) reiteram que não há dúvidas de que a busca pelo aprimoramento da ESF tem por finalidade torná-la mais abrangente. O fato é que, para reforçar as ações é preciso um incentivo político e o empenho de Órgãos que regulamentam a PNAB, além de profissionais que estejam capacitados para atender as mais diversas demandas que possam surgir, sejam elas no âmbito da prevenção, da promoção ou reabilitação em saúde.

Mediante tal fato, os profissionais que atuam nas equipes de estratégia de saúde da família enfrentam diversos obstáculos e precisam estar atentos na implementação e execução de algumas tarefas, dentre elas: a criação de vínculo com a comunidade atendida, cuidados assistenciais, aprimoramento e atualização de normas técnicas e organizacionais, conviver com a sobrecarga das atividades funcionais, como mortes e enfermidades evitáveis, estar aberto a

responder aos anseios das famílias e usuários, conviver com escassez de materiais e medicamentos, dentre outras (CARDOSO, 2015).

Gomes, Mendes e Fracolli (2016) afirmam que o fato da ESF ser um modelo voltado para o reconhecimento das condições de vida, vulnerabilidade e necessidade de conhecimento de como os usuários adoecem e morrem, é de grande importância que os profissionais tenham várias competências a fim de estimular e orientar para a melhoria de qualidade de vida. Dessa forma, as mudanças na organização e no paradigma de atenção à saúde, com toda a sua singularidade e a complexidade do trabalho a ser desenvolvido na ESF, podem resultar nos profissionais a vivência da sobrecarga de trabalho.

Diante do exposto e considerando a complexidade dos serviços da ESF, o presente projeto de pesquisa apresentou a seguinte questão de pesquisa: qual é a relação entre os níveis de satisfação e sobrecarga de trabalho dos profissionais atuantes na ESF?

Nesse ensejo, espera-se que os resultados dessa investigação possam nortear as formas de organização da Atenção Primária de Saúde, com vistas a implementar ações estratégicas para a promoção da saúde dos profissionais de saúde, o que pode resultar em melhoras na qualidade dos serviços ofertados à comunidade.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Histórico da Saúde e Atenção Primária no Brasil

No começo do século XX, a população carente só dispunha de atendimento filantrópico nos hospitais de caridade, os quais eram mantidos pela igreja. As epidemias passaram a ser um problema de saúde pública e financeiro para o país.

Em 1904, Oswaldo Cruz tornou a vacinação obrigatória, causando rebeldia e desconforto na população. Em 1917, operários fizeram greve nas fábricas brasileiras. Em 1918, o Brasil foi atingido por uma gripe espanhola. E em 1919, os grevistas fizeram acordo com seus patrões e retornaram as atividades no trabalho.

Pouco tempo depois, em 1923, foi anunciada pela União a Lei que regulamentava as Caixas de Aposentadorias e Pensões, financiadas pelas empresas e seus trabalhadores. O objetivo era a redução das tensões sociais, oferecendo garantia aos trabalhadores de assistência médica e aposentadoria.

Em 1930, Getúlio Vargas tomou posse como presidente com a promessa de trabalho voltado para os mais pobres e desprotegidos. Foi pronunciado um decreto que centralizava as estruturas de saúde. Foi criado então, em 1934, o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos marítimos com a promessa de atingir todos os profissionais, com a criação dos IAPS, de modo que uma parcela mínima seria descontada dos salários, a fim de terem plena assistência médica e aposentadorias após uma vida de dedicação ao trabalho. Entretanto, os recursos dos IAPS foram sempre aplicados no financiamento da industrialização do País.

Em 1936, foi anunciada pelo presidente Getúlio Vargas a criação do Ministério do Trabalho. Em 1945, Getúlio Vargas foi deposto como ditador e voltou à candidatura de presidente, eleito pelo voto popular, que logo após a criação da Petrobrás, anunciou a criação do Ministério da Saúde, em 1953. O Ministério da Saúde, criado então, veio com o objetivo de fortalecer as ações em saúde, focado na medicina preventiva.

Em 1956 foi eleito para presidente Juscelino Kubitschek. Os IAPS passaram a causar descontentamento aos trabalhadores, insatisfeitos com o atendimento médico e distinção que estava sendo criada pelos governantes. Surgiu então a ideia da implementação da medicina de grupo, que eram empresas que possuíam a finalidade de prestar serviços médicos privados aos empregados das empresas que os contratavam.

Em 1964, as tropas do exército assumiram o comando do Brasil e o general Castelo Branco foi indicado para a Presidência da República. Foi unificado pelo governo todo o sistema previdenciário, incluindo o IAPS, que passou a ser chamado de Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O novo Instituto tinha como objetivo concentrar todas as contribuições previdenciárias do país, incluindo os trabalhadores da indústria, comércio e serviços, passando a concentrar todas as contribuições, aposentadorias e assistência médica do Brasil.

O governo federal criou então, por meio do INPS, linhas de financiamento a fundo perdido para que a iniciativa privada construísse hospitais particulares, visando ampliar grandemente o número de leitos hospitalares. Esses hospitais atenderiam os trabalhadores inscritos na previdência social. Foi anunciada também a extensão da previdência aos trabalhadores rurais.

Na década de 1970, aconteceu então a Reforma Sanitária, que surgiu no contexto de luta contra o momento político vivenciado pelo Brasil, a ditadura. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias necessárias na área da saúde.

Em 1978, a população foi à luta por melhorias na qualidade e ampliação de atendimento em saúde, como a criação de postos de saúde e creches. Dessa forma, a atenção Primária à Saúde começou a ser vista como uma alternativa à assistência hospitalar.

Foi criado então pelo governo federal, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, o SINPAS, que passou a reunir todos os órgãos de assistência médica ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o INAMPS, e de todos os órgãos de aposentadoria e pensões, no INPS.

Já em 1985, o Brasil enfrentou uma crise na qual o número de contribuintes diminuiu de forma brusca e o número de beneficiados pela previdência cresceu, causando uma desestabilização na Previdência. Além disso, o governo criou diversos hospitais privados financiados pelo INAMPS. Após o retorno financeiro garantido, médicos que haviam se credenciado nesse esquema abandonaram o financiamento e assistência, deixando a população sem assistência médica.

Em março de 1986, aconteceu em Brasília a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em busca da saúde como direito de todos e de implantação do Sistema Único de Saúde, por meio de mobilizações sociais. A 8ª Conferência foi o marco da Reforma Sanitária Brasileira,

resultando na implantação do SUS, com garantia dos princípios de Universalidade, Integralidade, Equidade e Participação Social.

Em 1990, foi aprovada a regulamentação do SUS e do controle social, por meio das Leis Orgânicas de Saúde 80.80 e 8.142. Com a criação do SUS, a saúde passou a ser um direito e não mais um favor à população, sendo universal a todos e não apenas àqueles que tinham a carteira de trabalho assinada.

A Lei 8080 foi sancionada e decretada pelo Congresso Nacional, pelo primeiro presidente civil eleito, no momento de redemocratização do País. Ela dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Passou a vigorar em todo o território nacional, para qualquer ação ou serviço de saúde realizado por pessoas ou empresas. Todos os seres humanos passaram a ter direito à prestação dos serviços de saúde básica e de especialidades, sendo esse fornecido pelo Estado.

O dever do Estado de garantir a saúde consistia na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visassem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurassem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Entretanto, o dever do Estado não excluía o dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

A Lei 8.142, relacionada à Reforma Sanitária, também foi sancionada pelo primeiro presidente civil eleito e decretada pelo Congresso Nacional. Dispunha acerca da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dava outras providências.

Assim, a participação popular era a marca mais importante do SUS. Cada cidade passou a contar com o Conselho de Saúde, formado por usuários, metade dos membros e a outra metade dividida igualmente entre os trabalhadores da saúde e os gestores. Os objetivos eram debater, fiscalizar e controlar as políticas de saúde e os recursos investidos. As Conferências municipais aconteceram a partir daí de forma periódica (a cada quatro anos), sendo que metade era composta por usuários e sociedade civil, debatendo e aprovando o plano de saúde municipal. Passou a haver também as Conferências e Conselhos estaduais e da União.

Em 1994, foi lançado pelo Ministério da Saúde o Programa Saúde da Família, com o objetivo de prestar a assistência domiciliar à população. Sua meta era trabalhar em especial com a prevenção da saúde (BRASIL, 2013).

Dessa forma, a saúde tornou-se um dos direitos garantidos pelo Estado, mediante a criação de políticas públicas que fundamentam a execução de práticas que visavam à qualidade de vida, redução de riscos e agravos e notificação de doenças, assegurando a saúde da população.

Desde a criação do SUS, houve um avanço no que se refere ao desenvolvimento da saúde e a implantação de políticas públicas da saúde. O Decreto nº 7.508/2011 e a Lei de Acesso às Informações nº 12.527/2011 exigiram uma nova postura dos gestores SUS (BRASIL, 2011).

A gestão no setor saúde, em especial na Atenção Primária em Saúde, é um processo complexo que se caracteriza pela interação de diferentes atores em Instituições com concepções e perspectivas divergentes (BERRETTA *et al.*, 2011). A implantação de novas formas de gestão e o uso de ferramentas tecnológicas e gerenciais são importantes para a organização, porém não são suficientes para o desenvolvimento dos profissionais nas unidades de saúde (MAFFEI, 2011).

A Atenção Primária à Saúde tem como foco o cenário da Estratégia de Saúde da Família, que na totalidade municipal tem como base a integralização de medidas estratégicas, necessidade de saúde, prática de planejamento, gestão e cuidado. É evidente a necessidade de desenvolver localmente um modelo gerencial e assistencial que seja capaz de favorecer a execução de um processo adequado (ANDRÉ, 2008).

O processo de descentralização no Brasil, iniciado na década de 80, tem ocasionado profundas mudanças de diferentes ordens e possibilitado que os governos locais assumam novo papel. Nesse sentido, tornaram-se atores estimuladores de práticas participativas, fortalecendo e permitindo a conciliação de múltiplos interesses da saúde com intuito de enfrentar os desafios e atender às necessidades da sociedade local (LICO, 2005).

Com a implementação da Constituição Federal de 1988 e o estabelecimento das Leis Orgânicas da Saúde, houve além de outras ações, forte movimento de descentralização que proporcionou expressivo aumento do número de Unidades de Saúde nos diferentes municípios brasileiros. Esse processo de descentralização implicou ainda na transferência do poder entre as esferas federal, estadual e municipal, com o objetivo de aumentar o acesso aos serviços de prevenção e de tratamento de saúde para toda população (NAHAS, 2009).

Este processo de descentralização alterou o modelo de atenção à saúde. Objetivou-se a melhoria na operação e a ampliação do sistema público de saúde (SOLLA, 2010). Nesse contexto, o modelo de descentralização posto em prática privilegiou o papel dos municípios ao

longo da década de 1990, o que permitiu uma maior autonomia destes na organização e no controle do sistema, por meio da ampliação de Unidades de Atenção Primária à Saúde. Aliado a isso, tornou-se necessária a incorporação de novos gestores de saúde para atuarem nessas Unidades (MIELKI, 2009).

Não obstante, a implementação da descentralização político-administrativa da saúde requerida pelo SUS pressupõe o adequado preparo dos municípios para assumir a responsabilidade de gerir os serviços públicos de saúde, com autonomia para organizar o processo de produção de ações de saúde (FRACOLLI; EGRY, 2001).

Os municípios passaram a assumir as responsabilidades resultantes dos novos modelos de atenção à saúde, assumindo o planejamento das ações e adequando os serviços de saúde às necessidades identificadas (SOLLA, 2010).

Existe uma distância muito grande entre o que os gestores acreditam ser os conhecimentos gerenciais necessários a um gestor de Unidade de Atenção Primária à Saúde e aqueles considerados conteúdos programáticos essenciais e que são desenvolvidos nos cursos de gestão em saúde. Uma hipótese formulada diz respeito ao fato da lógica política predominar em relação à lógica técnica, que opera a condução de mudanças tanto assistenciais como gerenciais no sistema público (ANDRÉ, 2008).

Observa-se que o gerenciamento em saúde ainda está centrado no modelo biomédico, valorizando o trabalho em saúde focado na cura, nas ações individuais e fragmentadas, e sobretudo, na doença, sendo pequena a preocupação com o processo de promoção, prevenção e integralidade de atenção ao usuário. Tal fato evidencia a necessidade de intervenções em vários âmbitos, inclusive no setor gerencial, visando à adoção de estratégias capazes de reorientar o modelo assistencial desenvolvido (MELO, 2013).

Para que a gerência cumpra a finalidade adequada, pressupõe-se que a mesma goze de autonomia e poder decisório neste espaço de gestão, mas também que exerça a prática gerencial ancorada em novos paradigmas de gestão e não assuma apenas o papel de controle e regulamentação do trabalho dos demais trabalhadores, pautada na administração científica, por meio de normas e padronizações técnicas.

2.2 Processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária em Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) é caracterizada por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que demanda dos profissionais o emprego

de diversas tecnologias de forma a trabalharem suas interações, a fim de buscar a produção do cuidado de forma ampla. Neste estudo adotar-se-á o termo APS.

Dentre as ações desenvolvidas na APS, estão: promoção, proteção, manutenção da saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamentos, reabilitação e trabalho em equipe multiprofissional. São utilizadas tecnologias de alta complexidade e baixa densidade, dependendo do grau de necessidade dos usuários, sendo de extrema relevância para a população daquele território atendido (SILVA *et al.*, 2015).

Trabalhos que abordam a população de profissionais da APS ainda são considerados escassos, haja vista a necessidade de ser considerada a saúde mental dos mesmos, uma vez que atuam na porta principal de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA *et al.*, 2015).

A APS é uma estratégia complexa que lida com diversas situações e busca oferecer aos usuários a prevenção de doenças e agravos, a promoção da saúde, oferta de cuidados constantes e a reabilitação, possuindo um papel de importância fundamental para a organização do Sistema de Saúde brasileiro.

O modelo vigente na APS brasileira tem os profissionais como papel elementar e fundamental em sua organização e execução. São utilizadas diversas tecnologias para a resolução das necessidades.

Sabe-se que o contexto do trabalho em saúde é complexo e, frequentemente, o cuidado em saúde requer constante transformação, envolvimento de atividades complexas, vários tipos de saberes e o emprego de diversas tecnologias (ABOUMATAR *et al.*, 2017).

Nesse sentido, a “Organização Tecnológica do Trabalho”, desenvolvida na área da saúde por Mendes-Gonçalves (1994), traz as tecnologias como algo que é constituído dentro dos processos de trabalho e representa as interações e ações entre os agentes e objetos de trabalho, bem como com os desdobramentos do saber em técnicas materiais e não-materiais (MENDES-GONÇALVES, 1986 apud MISHIMA *et al.*, 1997; MENDES-GONÇALVES, 1994).

Dessa forma, as relações estabelecidas entre os agentes e objetos resultam em processos de trabalho em saúde, direcionados para a mesma finalidade, a fim de obter a resolução dos problemas em saúde (MENDES-GONÇALVES, 1986 apud MISHIMA *et al.*, 1997; MENDES-GONÇALVES, 1994).

Segundo Mendes-Gonçalves (1994, p. 269), as tecnologias no processo de trabalho resumem-se em: “o objeto capturado não é mais do que, na perspectiva histórica, um momento,

um pulsar, um movimento que se revela sua intenção toda após completar-se, para no mesmo tempo reiniciar-se”.

As tecnologias leves são empregadas na resolução dos problemas nos quais é necessário o contato direto com pacientes e comunidades. As tecnologias leve-duras e duras são empregadas na resolução dos problemas de saúde e nas demandas que são trazidas pelos usuários. Sendo assim, o trabalho na APS requer dos profissionais a interação de diversas tecnologias, que juntas, visam à resolução das demandas trazidas até as Unidades pelos usuários.

Silva *et al.* (2015) afirmam que na Rede de APS, os profissionais lidam constantemente, além da demanda do trabalho, com a doença, com o sofrimento subjetivo e sintomas, gerando assim, um risco maior de desenvolverem a Síndrome de *Burnout*.

Fatores como a insalubridade e a penosidade do trabalho na rede de APS geram, de forma permanente, o risco do adoecimento psíquico, decorrente da própria natureza do trabalho e sua organização, evidenciado por alguns sinais e sintomas orgânicos e psíquicos inespecíficos (SILVA *et al.*, 2015).

Dentre os fatores que interferem na saúde dos profissionais da APS estão: pressão o tempo todo, estado de alerta, fragmentação das tarefas, questões administrativas/ambientais e de relacionamento, competitividade, baixa autonomia, invariabilidade das atividades, insegurança no trabalho, falta de apoio (colegas e chefes) e sentimento de sobrecarga (SILVA *et al.*, 2015).

2.3 Sobrecarga de trabalho

2.3.1 Sobrecarga de trabalho e Síndrome de *Burnout*

A sobrecarga, denominada como “Síndrome de Burnout” (SB) ou “Síndrome do Esgotamento Profissional”, é uma síndrome caracterizada como psicológica, decorrente de tensão emocional, crônica, vivenciada pelo trabalhador. Tal síndrome é caracterizada por três fatores: Exaustão Emocional, Despersonalização e Baixa Realização Pessoal (SILVA *et al.*, 2015).

O Esgotamento Profissional, em inglês *Burnout*, foi difundido por meio de trabalhos desenvolvidos por Freunderberguer, em 1974, quando este descreveu de forma gradual o

desgaste emocional, perda de motivação e reduzido comprometimento com o trabalho entre profissionais de uma clínica de dependentes químicos de Nova York (MARTINS *et al.*, 2014).

Posteriormente, começou a se desenvolver, em 1976, por Maslach, a conceituação formal do esgotamento profissional, utilizando a *Síndrome de Burnout* e caracterizando os conceitos apontados por Freunderberger (MARTINS *et al.*, 2014).

A Síndrome de *Burnout*, como descrito acima, foi descrita pela primeira vez em 1974, e desde então vem sendo estudada por vários pesquisadores (MOREIRA *et al.*, 2009). De acordo com os estudos encontrados na literatura, a partir dos anos 90, tal temática vem sendo alvo de pesquisadores de forma progressiva e gradual.

A Síndrome de *Burnout* é reconhecida mundialmente e vem sendo tratada como um grande problema na saúde dos trabalhadores. É considerada um dos grandes problemas psicossociais que afetam a qualidade de vida de profissionais de diversas áreas, principalmente daqueles profissionais que lidam com a saúde, educação e serviços humanos (SILVA *et al.*, 2015).

Por meio dos estudos de validação de formação de conceitos, os referidos autores chegaram à versão do “Maslach Burnout Inventory” (MBI). Este instrumento foi validado e possui como objetivo realizar uma abordagem psicossocial que visa analisar o esgotamento profissional a partir de três dimensões independentes: (1) Exaustão Emocional (EE), (2) Despersonalização (DP) e (3) Falta de Realização Pessoal (RP) (MASLACH; JACKSON, 1981).

A Exaustão Emocional avalia a forma como o profissional está apto para lidar com o trabalho, perante a perda de recursos emocionais. A Despersonalização refere-se ao desenvolvimento de atitudes negativas, de insensibilidade e de cinismo perante aqueles que recebem o serviço prestado e a Falta de Realização Pessoal relaciona-se à tendência do profissional avaliar o próprio trabalho de forma negativa, associando sentimentos e avaliações de baixa autoestima profissional (MASLACH; JACKSON, 1981).

O acometimento desta síndrome contribui de forma negativa e significativa para o setor financeiro, uma vez que está associada a aposentadorias precoces, absenteísmo por parte dos profissionais e aumento da rotatividade nos serviços (SILVA *et al.*, 2015).

De acordo com Silva e colaboradores (2015), os profissionais que trabalham com o público em contato direto estão mais sujeitos a desenvolver tal síndrome. Martins e colaboradores (2014) afirmam que o acometimento da Síndrome traz consequências negativas

em quatro âmbitos, sendo eles: emocional, cognitivo, comportamental e social, estando ambos relacionados à saúde geral e qualidade de vida daqueles que padecem da síndrome.

Para a redução da Síndrome de *Burnout*, Silva *et al.* (2015) sugerem como estratégia de enfrentamento ativo a realização de práticas de gestão que promovam o controle do trabalho e forneçam aos funcionários recursos para o desempenho adequado de suas funções.

Algumas medidas preventivas e interventivas para a diminuição da sobrecarga e Síndrome de *Burnout* são apontadas como: realização de atividades de educação permanente, maior aproveitamento das tecnologias empregadas em cada função, adoção de pausas esporádicas durante a jornada de trabalho, melhoria do clima organizacional e boa governança dos conflitos decorrentes do posicionamento.

É preciso buscar a garantia de saúde física e mental dos profissionais, que estando bem, poderão prestar uma melhor assistência aos usuários que necessitam no serviço público de saúde (SILVA *et al.*, 2015).

2.4 Satisfação com o trabalho

Em busca realizada no portal BVS em agosto de 2018, foram encontrados 2.642 títulos relacionados com “Satisfação com o trabalho”. Ao serem utilizados os critérios de elegibilidade, obteve-se: 1750 títulos com o texto completo disponível, 215 disponíveis na base de dados MEDLINE, 1488 na base de dados LILACS e 336 disponíveis na base de dados BDENF.

Nessa mesma pesquisa, os estudos realizados nos últimos cinco anos totalizaram 892, dentre eles: 605 em português, 175 em inglês e 53 em espanhol. Em formato de artigo foram encontrados 674 e 81 em formato de tese.

O trabalho cada vez mais ocupa uma parte importante na vida das pessoas, trazendo implicações positivas em relação à satisfação das pessoas, prestígio social e construção de uma identidade. Entretanto, se a satisfação do profissional não está garantida, o trabalho pode ser visto como algo negativo, indesejado, conflitante ou até mesmo um fardo para sua rotina (ZAVALA, 2014).

Desde a última década foi possível observar mudanças importantes no contexto organizacional, de modo que as empresas buscam atingir o sucesso por meio de funcionários comprometidos. Dessa forma, o ambiente de trabalho se torna um local de valorização do comportamento e extrema exigência de seus trabalhadores (SBISSA *et al.*, 2017).

Tais mudanças no cenário produtivo mundial, especialmente por meio do desenvolvimento tecnológico, acarretam grandes necessidades de desenvolvimento e aperfeiçoamento dos empregados marcados pelo universo produtivo da globalização. Conseqüentemente, podemos observar uma mudança no cenário e ambiente de trabalho, bem como no estabelecimento das relações (SBISSA *et al.*, 2017).

Observando esse paradoxo de mudanças tecnológicas e avanços científicos, no qual a base da cadeia produtiva promove o deslocamento da valorização do ser humano, é possível perceber a necessidade de se compreender o ser humano e suas relações com o trabalho (SBISSA, *et al.* 2017).

A satisfação no ambiente de trabalho é relacionada com pontos favoráveis e desfavoráveis. De acordo com Sbissa *et al.*, (2017), há diferentes linhas de compreensão, sendo que uma delas aponta que a satisfação no trabalho é o extremo oposto da insatisfação, e a outra que indica que a insatisfação e a satisfação são fenômenos distintos, de natureza diferente, uma vez que a satisfação está diretamente relacionada a fatores intrínsecos ao trabalho.

Seguindo a linha de que os fatores intrínsecos ao trabalho determinam a satisfação do funcionário, Sbissa *et al.* (2017) destacam como fatores determinantes para a satisfação: o trabalho desafiador, remuneração justa, condições de trabalho motivadoras e o bom relacionamento entre os colegas. Os autores trazem ainda que os trabalhadores se sentem mais satisfeitos quando trabalham em uma empresa que valoriza suas habilidades, proporcionam tarefas diversificadas, autonomia e liberdade.

De acordo com Zavala (2014), o trabalho de profissionais da área da saúde precisa trazer uma satisfação ideal. Tais profissionais trabalham com meios aparentemente necessários para prevenir riscos e promover o autocuidado em todas as esferas do ser humano (ZAVALA, 2014).

Entretanto, alguns estudos apontam que esta afirmação está longe de ser uma realidade. Existem múltiplos problemas que acometem tais profissionais, dentre eles a Síndrome de *Burnout* e o estresse relacionado ao trabalho, que impactam de forma clara e negativa na satisfação com o trabalho (ZAVALA, 2014).

Sbissa e colaboradores (2017) apontam em seu estudo a necessidade de uma atenção maior sobre a forma com a qual as mudanças e inovações são implantadas, a fim de evitar o alto nível de desentendimento, estresse e conseqüente insatisfação dos profissionais.

É preciso um processo de conscientização nos trabalhadores em relação a tais mudanças, para que percebam que tais alterações visam a algo benéfico para toda a organização. Outra

forma que os autores relatam ser de grande importância é a valorização da melhoria da comunicação. Os autores destacam também a importância da saúde no ambiente de trabalho, sendo necessário observar o volume de trabalho exigido dos funcionários, de modo que esses ofereçam o seu melhor desempenho sem perder o equilíbrio entre atividades e descanso.

A satisfação dos profissionais da saúde ganha destaque à medida que recebem o significado a valorização que devem ser atribuídos. A qualidade de vida no trabalho, seja ela positiva ou negativa, pode gerar impactos relacionados à profissão, à vida do profissional e ao cuidado ao usuário.

Hayes *et al.*, (2010) realizaram uma revisão integrativa da literatura acerca dos fatores que contribuíram para a satisfação no trabalho de profissionais da saúde. Em seus achados, fatores primordiais para a melhoria da qualidade de vida e aumento da satisfação no trabalho foram: a autonomia, interação coletiva, políticas organizacionais, oportunidades educacionais e adequação de recursos.

Siqueira e Kurciant (2012), em estudos desenvolvidos nas décadas de 1970 e 1980, apontam para a construção de instrumentos que foram validados, em busca de um único conceito acerca da temática da satisfação. Os diferentes instrumentos identificados para a medição da satisfação profissional foram: *Job Satisfaction Index; Job Descriptive Index; Job Satisfaction Tool; Job Diagnostic Survey; Job Characteristics Inventory; Price and Mueller's Satisfaction Instrument; Nursing Job Satisfaction Scale; McCloskey/Mueller Satisfaction Scale; Perceptions of the Nurses' Workplace Questionnaire; Satisfaction with the Clinical Ladder Scale; Work Quality Index e Job Satisfaction Questionnaire.*

Na busca por termos conceituais, autores apontam que a satisfação no trabalho implica processos subjetivos, que fazem desse fenômeno um objeto complexo e de difícil definição. A satisfação no trabalho possui infinitas singularidades, que variam dentre aspectos individuais, contextos e circunstâncias (RENNER *et al.*, 2014; TENANI *et al.*, 2014).

De acordo com Renner *et al.*, (2014) a satisfação com o trabalho pode variar de acordo com as influências de forças internas e externas ao ambiente de trabalho, e em especial de acordo com a satisfação pessoal ao longo do tempo. É preciso um olhar atento para as variáveis organizacionais, uma vez que essas representam um dos mais importantes resultados no trabalho e estão associadas ao desempenho do trabalho e na qualidade de vida dos profissionais.

3 JUSTIFICATIVA

No Brasil, no decorrer da última década, estudos que buscaram avaliar os fatores que impactam na sobrecarga de trabalho de trabalho dos profissionais atuantes em equipes da Atenção Primária à Saúde, bem como sua repercussão na satisfação com o trabalho, ganharam uma maior visibilidade e buscaram esclarecer os fatores que impactam a qualidade de vida dos profissionais, bem como o cuidado ao usuário (MAISSIAT *et al.*, 2015; MARTINS *et al.*, 2013; MEDEIROS *et al.*, 2016; SANTOS; VARGAS; REIS, 2014; SILVA *et al.*, 2014).

Apesar das equipes possuírem suas peculiaridades e diferentes formações, a equipe multidisciplinar existente nas equipes de Atenção Primária à Saúde busca o trabalho em continuidade, visando à busca da solução dos problemas dos usuários da melhor forma possível. Entretanto, existem evidências científicas de que há uma sobrecarga de atividades a serem executadas, prejudicando o desenvolvimento das atividades e impactando na qualidade de vida do profissional e na assistência ao usuário (ALBUQUERQUE; MELO; NETO, 2012; COSTA *et al.*, 2012; ROSA; BONFANTI; CARVALHO, 2012; TRINDADE; PIRES, 2013).

A gestão também é um fator importante e citado nos estudos da última década, nos quais a desvalorização desses profissionais, as condições precárias de trabalho e a política partidária trazem inúmeros prejuízos a essas equipes (COSTA *et al.*, 2012; ALBUQUERQUE; MELO; NETO, 2012; PIERANTONI *et al.*, 2011; FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2011).

Vale ressaltar os altos níveis de suicídios entre profissionais da saúde que são crescentes nos últimos anos, em especial de Enfermeiros e equipe de Enfermagem, que são o maior contingente dos profissionais atuantes nas unidades de saúde.

A inexistência de um plano de carreira para esses profissionais também pode ser um fator agravante de insatisfações com o trabalho, gerando descontentamentos não só para os profissionais, mas também aos usuários que recebem os cuidados.

Ademais, embora existam estudos acerca da temática, percebeu-se a escassez de pesquisas que retratam a sobrecarga e satisfação dos profissionais atuantes nas equipes de Atenção Primária à Saúde no Brasil, bem como estudos que relacionem esses dois fatores.

Portanto, avaliar os níveis de satisfação e sobrecarga de trabalho que afetam os profissionais atuantes nessas equipes faz-se necessário, haja vista as repercussões negativas relacionadas à qualidade de vida e trabalho desses profissionais, bem como o impacto ao cuidado dos usuários.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Correlacionar os níveis de sobrecarga com os de satisfação com o trabalho entre os membros das equipes da Atenção Primária à Saúde das Unidades de Saúde do município de Ritápolis - MG.

4.2 Objetivos específicos

- Realizar a revisão integrativa acerca da sobrecarga de trabalho;
- Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico dos membros das equipes da Atenção Primária à Saúde das Unidades de Saúde do município de Ritápolis;
- Identificar o nível de sobrecarga de trabalho entre os membros das equipes da Atenção Primária à Saúde das Unidades de Saúde do município de Ritápolis;
- Identificar os níveis de satisfação com o trabalho entre os membros das equipes da Atenção Primária à Saúde das Unidades de Saúde do município de Ritápolis.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa do tipo descritiva e abordagem qualitativa interpretativa.

As pesquisas descritivas possuem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno (GIL, 2012).

Pesquisas interpretativas estudam fenômenos em seus cenários naturais, buscando entender os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem (AUGUSTO *et al.*, 2013).

A pesquisa quantitativa busca uma abordagem dedutiva, baseada em testes com um olhar sobre o fenômeno social como algo objetivo e mensurável. Já a pesquisa qualitativa utiliza uma abordagem em busca de uma teoria e considera o fenômeno social como algo construído pelas pessoas. Sendo assim, os estudos multi-métodos utilizam diferentes metodologias de coleta e análise na perspectiva de um paradigma de pesquisa único (DAL-FARRA; LOPES, 2013).

O enfoque qualitativo permite uma maior aproximação com a realidade por lidar com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, demonstrando os aspectos mais profundos e complexos das relações, dos processos e dos fenômenos (MINAYO, 2007). Ao adotar a orientação qualitativa, o pesquisador dedica-se à análise dos significados que os indivíduos atribuem às suas ações, inseridas no meio em que constroem suas vidas e suas relações (CHIZZOTTI, 2006).

Ambas as abordagens, qualitativas e quantitativas, possuem potencialidades e limitações. Dessa forma, estudos de métodos mistos permitem uma maior interação, de maneira que cada abordagem tenha sua contribuição específica. A integração de ambas as abordagens favorece a construção de um desenho de pesquisa mais robusto (PARANHOS *et al.*, 2016).

5.2 Local do estudo

O estudo foi realizado com trabalhadores das equipes da APS das unidades de saúde do município de Ritópolis/MG, município de pequeno porte que possui limite geográfico com mais cinco municípios e está inserido na Região ampliada de saúde Sudeste de Minas Gerais (Figura

1). Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), a população estimada em 2016 era de 4.925 habitantes, contando com duas equipes de ESF e uma equipe de UBS, atendendo à população das áreas urbanas e rurais.

Figura 1 – Mapa da localização da cidade de Ritópolis, no estado de Minas Gerais



Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:MinasGerais_Municip_Ritapolis.svg.
Acesso em: 20 jan. 2019.

O presente estudo foi realizado em todas as unidades de APS do Município, totalizando três unidades (Figuras 2 a 4).

Figura 2 – ESF Novos Rumos, situada no bairro de Cássia, Ritópolis/MG, 2018.



Fonte: arquivo pessoal da autora.

Figura 3 – ESF Projeto Avante, situada no bairro Centro, Ritópolis/MG, 2018.



Fonte: arquivo pessoal da autora.

Figura 4 – UBS Santa Rita, situada no bairro Centro, Ritópolis/MG, 2018.



Fonte: arquivo pessoal da autora.

No momento da execução do projeto de pesquisa, as Unidades de Saúde possuíam em seu quadro funcional equipes de saúde da família completas, tais como: médicos; enfermeiros; técnicos de enfermagem; agentes comunitários de saúde e dentistas. Os usuários eram atendidos conforme demarcação de território e referência para determinada unidade e eram acompanhados em seus domicílios pelos ACS.

5.3 Participantes do estudo

Os participantes da pesquisa foram todos os membros das equipes da APS das unidades de saúde, do município de Ritópolis/MG.

Constavam no quadro funcional das duas unidades da ESF e a Unidade Básica de Saúde do município sete médicos, três enfermeiros, onze auxiliares/técnicos de enfermagem, treze Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um dentista e uma auxiliar de dentista, totalizando 36 profissionais. Todos os trabalhadores foram convidados a participar da pesquisa.

O convite a todos os trabalhadores das equipes de saúde para participar do estudo se deu em virtude da Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011, que revisou as diretrizes e normas para a organização a Política Nacional de Atenção Básica, definindo que todos os membros da Unidade devem participar dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade de Saúde.

Foram adotados como critérios de inclusão: o profissional aceitar participar da pesquisa, ter idade acima de 18 anos, estar disponível para agendamento da entrevista e ser profissional contratado pela prefeitura, atuando na Atenção Primária à Saúde. Como critérios de exclusão foram adotados: o profissional não aceitar participar da pesquisa, estar de férias ou não ter disponibilidade de tempo para participar.

5.4 Instrumentos e procedimentos para coleta de dados

Foram realizadas entrevistas individuais com os trabalhadores que aceitaram participar do estudo. A coleta de dados ocorreu nos meses de janeiro e fevereiro de 2018 e foi realizada na própria unidade de saúde em que o profissional estava inserido.

Para a coleta dos dados quantitativos e qualitativos, as entrevistas foram gravadas com o uso de um gravador e tiveram um tempo médio de 15 minutos cada.

Os dados **quantitativos** foram coletados por meio de entrevistas individuais com o emprego dos instrumentos: questionário semiestruturado socioeconômico e demográfico elaborado pela autora (ANEXO 1); escala para avaliação da sobrecarga de trabalho denominada *Maslach Inventory Burnout – General Survey* – Inventário *Burnout* de Maslach (MBI-GS) (MASLACH *et al.*, 2001), traduzido e validado no Brasil pelo Instituto de Prevenção do Stress e Saúde Ocupacional (1999) (ANEXO 2) e a satisfação do trabalhador foi avaliada pelo Questionário de Satisfação no Trabalho S20/23 (CARLOTTO; CÂMARA, 2008) (ANEXO 3).

A coleta dos dados socioeconômicos e demográficos tem por finalidade a caracterização do perfil dos profissionais, por meio de um instrumento elaborado para este fim, abordando: data de nascimento, idade, gênero, estado civil, categoria profissional, tempo de atuação no serviço, escolaridade, tempo de formação, pós-graduação, salário, carga horária e vínculo empregatício com outra instituição.

A escala *Malash Inventory Burnout – General Survey* – Inventário *Burnout* de Maslach (MBI-GS) (MASLACH *et al.*, 2001) – é um instrumento empregado para mensurar *Burnout* com os profissionais da (s) equipe (s) em qualquer contexto de trabalho. Ela é composta por uma escala com 22 variáveis. No Brasil, este instrumento foi traduzido e adaptado inicialmente por Lautert (1995), com evidências de validade e itens da escala apresentados por Carlotto e Câmara (2007). Neste estudo, optou-se por utilizar a versão validada no Brasil pelo Instituto de Prevenção do Stress e Saúde Ocupacional (1999).

A escala comporta três sub-escalas que correspondem a três dimensões que avaliam possíveis manifestações de *burnout*: “Exaustão Profissional”, “Despersonalização” e “Realização Profissional”, sendo esta última inversamente relacionada com a síndrome, ou seja, quanto maior a pontuação nessa dimensão, menor será a vivência de *Burnout*. A primeira dimensão é avaliada pela soma de nove, a segunda por cinco e a terceira por oito itens (MASLACH *et al.*, 1996).

Os escores são pontuados por escala Likert, que varia de 0 a 6, ou seja, de nunca, algumas vezes ao ano ou menos, uma vez por mês ou menos; algumas vezes durante o mês; uma vez por semana; algumas vezes durante a semana e todos os dias, totalizando 22 variáveis.

Para a classificação de cada uma das três dimensões de *Burnout*, avaliada pela MBI-GS, foram utilizados os valores de referência norte-americanos, estabelecidos para os trabalhadores e que se apresentam no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 – Categorização dos escores do MBI-GS para profissionais adaptado de Malasch *et al.*, (1996).

Variável/ Subescalas do MBI	Tipo	Nº Itens	Unidades/Categorias*	Grau de Burnout
EE – Exaustão Emocional	Categórica	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	(0) Nunca (1) Algumas vezes por ano ou menos (2) Uma vez por mês (3) Algumas vezes por mês (4) Uma vez por semana (5) Algumas vezes por semana (6) Todos os dias	1. Baixo ≤ 19 2. Médio 19- 26 3. Alto ≥ 27
DE- Despersonaliza- ção	Categórica	5, 10, 11, 15, 22	0) Nunca (1) Algumas vezes por ano ou menos (2) Uma vez por mês (3) Algumas vezes por mês (4) Uma vez por semana (5) Algumas vezes por semana (6) Todos os dias	1. Baixo ≤ 5 2. Médio 6-9 3. Alto ≥ 10
RP – Realização Pessoal	Categórica	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	(0) Nunca (1) Algumas vezes por ano ou menos (2) Uma vez por mês (3) Algumas vezes por mês (4) Uma vez por semana (5) Algumas vezes por semana (6) Todos os dias	1. Baixo ≥ 40 2. Médio 34-39 3. Alto ≤ 33

Nota: *Unidades e categorias adotadas pelos profissionais.

Fonte: MASLACH *et al.*, (1996).

Tabela 1 - Categorização dos escores do MBI para profissionais adaptado de Maslach *et al.*, (1996). Belo Horizonte, 2018.

Subescalas do MBI	Grau de <i>Burnout</i>		
	Baixo	Médio	Alto
Exaustão Emocional	≤ 19	19-26	≥ 27
Despersonalização	≤ 5	6-9	≥ 10
Realização Pessoal	≥ 40	39-34	≤ 33

Fonte: MASLACH *et al.*, (1996).

O *burnout* é considerado uma variável contínua que varia entre baixa, moderada ou alta. Dessa forma, os resultados são analisados da seguinte maneira:

- Grau alto de *burnout*: alta pontuação nas subescalas de EE e DP e baixa pontuação na subescala de RP;
- Grau médio de *burnout*: pressupõe valores médios nas três subescalas;
- Grau baixo de *burnout*: valores baixos da subescala EE e DP e valores altos da subescala RP (MASLACH *et al.*, 1996).

A satisfação do trabalhador foi avaliada pelo Questionário de Satisfação no Trabalho S20/23 e apresentado no Quadro 2. O questionário é uma versão reduzida do S4/82, desenvolvido por Meliá, Peiró e Calatayud em 1986 (MELIÁ; PEIRÓ; CALATAYUD, 1986).

Assim, a versão reduzida constitui-se de 23 itens distribuídos em cinco fatores:

- 1) Satisfação com a supervisão (6 itens);
- 2) Satisfação com o ambiente físico de trabalho (5 itens);
- 3) Satisfação com benefícios e políticas da organização (5 itens);
- 4) Satisfação intrínseca do trabalho (4 itens);
- 5) Satisfação com a participação (3 itens) (CARLOTTO; CÂMARA, 2008).

As opções de respostas estão dispostas em uma escala do tipo *Likert*, de 1 a 7, na qual o valor 1 indica muito satisfeito e 7 representa o grau máximo de insatisfação do profissional.

As categorias acima foram agrupadas e analisadas conforme os fatores que englobam as categorias, sendo eles:

- Fator 1: corresponde a Satisfação com Relações Hierárquicas – SRH (13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23);
- Fator 2: corresponde a Satisfação com o Ambiente Físico de Trabalho – SAFT (6, 7, 8, 9, 10);
- Fator 3: corresponde a Satisfação Intrínseca no Trabalho – SIT (1, 2, 3, 5, 4, 11, 12).

Quadro 2 – Descrição das variáveis de satisfação no trabalho, segundo o a versão reduzida 20/23 do Questionário de Satisfação no Trabalho.

Variável	Tipo	Unidades/Categorias*
Satisfação com a supervisão (6 itens)	Categórica	(1) MS: Muito Satisfeito (2) BS: Bastante Satisfeito (3) PS: Pouco Satisfeito (4) I: Insatisfeito (5) PI: Pouco Insatisfeito (6) BI: Bastante Insatisfeito (7) MI: Muito Insatisfeito
Satisfação com o ambiente físico de trabalho (5 itens)	Categórica	(1) MS: Muito Satisfeito (2) BS: Bastante Satisfeito (3) PS: Pouco Satisfeito (4) I: Insatisfeito (5) PI: Pouco Insatisfeito (6) BI: Bastante Insatisfeito (7) MI: Muito Insatisfeito
Satisfação com benefícios e políticas da organização (5 itens)	Categórica	(1) MS: Muito Satisfeito (2) BS: Bastante Satisfeito (3) PS: Pouco Satisfeito (4) I: Insatisfeito (5) PI: Pouco Insatisfeito (6) BI: Bastante Insatisfeito (7) MI: Muito Insatisfeito
Satisfação intrínseca do trabalho (4 itens)	Categórica	(1) MS: Muito Satisfeito (2) BS: Bastante Satisfeito (3) PS: Pouco Satisfeito (4) I: Insatisfeito (5) PI: Pouco Insatisfeito (6) BI: Bastante Insatisfeito (7) MI: Muito Insatisfeito
Satisfação com a participação (3 itens)	Categórica	(1) MS: Muito Satisfeito (2) BS: Bastante Satisfeito (3) PS: Pouco Satisfeito (4) I: Insatisfeito (5) PI: Pouco Insatisfeito (6) BI: Bastante Insatisfeito (7) MI: Muito Insatisfeito

Nota: *Unidades e categorias adotadas pelos profissionais.

Fonte: CARLOTTO; CÂMARA, 2008.

Quadro 3 – Categorização das variáveis de avaliação de satisfação no trabalho, segundo a versão reduzida 20/23 do Questionário de Satisfação no Trabalho.

Variável/ Fatores da S20/23	Tipo	Nº Itens	Unidades/Categorias*
Fator 1: Satisfação com Relações Hierárquicas – SRH	Categórica	13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23	(1) MS: Muito Satisfeito (2) BS: Bastante Satisfeito (3) PS: Pouco Satisfeito (4) I: Insatisfeito (5) PI: Pouco Insatisfeito (6) BI: Bastante Insatisfeito (7) MI: Muito Insatisfeito
Fator 2: Satisfação com o Ambiente Físico de Trabalho – SAFT	Categórica	6, 7, 8, 9, 10	(1) MS: Muito Satisfeito (2) BS: Bastante Satisfeito (3) PS: Pouco Satisfeito (4) I: Insatisfeito (5) PI: Pouco Insatisfeito (6) BI: Bastante Insatisfeito (7) MI: Muito Insatisfeito
Fator 3: Satisfação Intrínseca no Trabalho – SIT	Categórica	1, 2, 3, 4, 5, 11, 12	(1) MS: Muito Satisfeito (2) BS: Bastante Satisfeito (3) PS: Pouco Satisfeito (4) I: Insatisfeito (5) PI: Pouco Insatisfeito (6) BI: Bastante Insatisfeito (7) MI: Muito Insatisfeito

Nota: *Unidades e categorias adotadas pelos profissionais.

Fonte: elaborado para fins deste estudo.

Para **coleta de dados qualitativos** empregou-se entrevistas com roteiro semiestruturado (ANEXO 4). Pela entrevista, o interesse do investigador volta-se para conhecer o significado que o entrevistado dá aos fenômenos e eventos da sua vida cotidiana, por meio de suas próprias palavras. Esta estratégia tem por objetivo a apreensão de informações relevantes, bem como as perspectivas e experiências dos participantes (MARCONI; LAKATOS, 2011).

No presente estudo, optou-se pelas entrevistas com roteiro semiestruturado, por constituir uma estratégia flexível, com questões abertas, permitindo ao pesquisador organizar indagações a respeito do tema em estudo e ao mesmo tempo incentivar o entrevistado a falar espontaneamente acerca de assuntos relacionados ao tema principal que vão surgindo (POPE; MAYS, 2009).

As entrevistas foram realizadas na própria Unidade de Saúde onde o trabalhador atuava, sendo previamente agendadas, a fim de não atrapalhar a sua rotina laboral e o andamento das atividades do serviço.

Para compor o tamanho final da amostra, inicialmente pensou-se em utilizar o critério de saturação, que corresponde à interrupção da coleta quando houver reincidência dos dados e, portanto, quando estes não mais contribuam para a elaboração teórica (FONTANELLA; JÚNIOR, 2012). Entretanto, no momento da coleta de dados optou-se por não utilizar esse critério e assim, todos os profissionais foram entrevistados.

As entrevistas foram gravadas em um gravador digital, armazenadas no computador da autora e posteriormente transcritas na íntegra.

5.5 Variáveis do estudo

5.5.1 Variáveis dependentes e independentes

A variável Satisfação com o Trabalho foi definida como variável dependente do estudo.

Como variáveis independentes foram consideradas: síndrome de *Burnout*, sexo, idade, estado civil, categoria profissional, tempo de trabalho em meses, pós-graduação e possuir outro vínculo empregatício.

5.5.2 Variáveis demográficas e socioeconômicas

As classificações das variáveis demográficas e socioeconômicas estão descritas no Quadro 4, que correspondem a:

- a) Sexo: autorreferido pelo participante;
- b) Idade: a idade foi autorreferida pelo participante. Essa variável foi categorizada da seguinte maneira: 20-29 anos; 30-39 anos; 40-49 anos e ≥ 50 anos;
- c) Estado civil: esta variável foi classificada em: solteiro, casado (ou União de Fato); divorciado ou viúvo;
- d) Nível de Escolaridade: classificada em ensino fundamental; ensino médio ou ensino Superior;
- e) Pós-graduação: o entrevistador classificou em: possuir ou não possuir pós-graduação.

Quadro 4 - Classificação das variáveis demográficas e socioeconômicas.

Variável	Classificação
Sexo	Masculino Feminino
Idade	20-29 30-39 40-49 ≥ 50
Estado Civil	Solteiro Casado/União de facto Divorciado Viúvo
Nível de Escolaridade	Ensino Fundamental Ensino Médio Ensino Superior
Pós-graduação	Sim Não

Fonte: a autora.

5.5.3 Variáveis relacionadas às condições de trabalho

As classificações das variáveis demográficas e socioeconômicas estão descritas no Quadro 5. São elas:

- a) Categoria profissional: o participante informou sua categoria profissional, sendo elas: Agente Comunitário de Saúde (ACS); Auxiliar/Técnico de Enfermagem; Enfermeiro; Auxiliar de dentista; Dentista e Médico.
- b) Tempo de Trabalho na APS: o tempo de trabalho na APS foi classificado em meses: 1-12 meses, 13-24 meses ou >24 meses.
- c) Carga horária semanal: a carga horária foi referida pelo participante, classificada em horas semanais: 20 horas, 24 horas e 40 horas.
- d) Salário: em relação ao salário, os participantes informavam a quantidade de salários mínimos recebidos mensalmente, sendo: 1-3 salários; 4-5 salários e > 5 salários.

Quadro 5 - Classificação das variáveis relacionadas às condições de trabalho.

Variável	Classificação
Categoria Profissional	ACS Auxiliar/Técnico de Enfermagem Enfermeiro Auxiliar de Dentista Dentista Médico
Tempo de trabalho na APS (meses)	1 – 12 13 - 24 > 24
Carga horária/semana (horas)	20 horas 24 horas 40 horas
Salário*	1 – 3 4 - 5 > 5

*SAM = salários mínimos (utilizado valor aproximado de R\$ 1000,00).

Fonte: a autora.

Todas essas variáveis são classificadas como dicotômicas, pois possuem somente uma possibilidade de resposta.

5.6 Análise dos dados

A análise de dados foi realizada sob duas perspectivas: quantitativa e qualitativa.

A análise dos dados **quantitativos** foi realizada na perspectiva de estatística descritiva (média, mediana e desvio padrão) e inferencial, utilizando a análise de multivariada de dados (Método de Regressão Linear MQO). Utilizou-se o modelo de regressão logística múltipla, com a margem de erro de 5% entre os dados.

A análise dos dados **qualitativos** foi realizada por meio da Análise de Conteúdo, do tipo Categorical Temática. Esta consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença ou frequência de aparição pode significar algo para o objeto analítico escolhido (BARDIN, 2011). Operacionalmente, a análise temática se subdivide em três etapas: a pré-análise; exploração e, por último, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos mesmos (BARDIN, 2011).

A fase de pré-análise é dita como a fase de organização, que corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo sistematizar as ideias iniciais. É composta por três etapas: a escolha dos documentos a serem submetidas à análise, a formulação das possíveis hipóteses e

objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. A fase de exploração do material consiste em: codificação, decomposição ou enumeração de todo o material.

A codificação consiste no processo no qual os dados brutos coletados são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição mais exata das características pertinentes ao conteúdo. A fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação é definida como a maneira que os resultados são tratados, de forma a serem significativos e válidos.

5.7 Aspectos éticos

O presente estudo foi um subprojeto de pesquisa, vinculado ao projeto intitulado: “Estratégias promotoras de acolhimento, vínculo e autonomia em contextos da Rede de Atenção Psicossocial Mineira”, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa COEP da UFMG, sob o número CAEE 59118416.4.3001.5140. O subprojeto foi submetido à Secretaria de Saúde de Ritópolis para obtenção do Termo de Anuência. Assim sendo, cumpriram-se os protocolos éticos estabelecidos naquela Instituição gestora de saúde.

O presente estudo obedeceu às determinações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Considerando os princípios éticos desse documento, todos os participantes que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (APÊNDICE A).

Os participantes foram informados acerca dos objetivos do estudo, bem como a respeito de todo e qualquer procedimento, incluindo a liberdade para aceitar ou não a participação no estudo ou desistir em qualquer momento.

Foi garantido aos participantes o esclarecimento de dúvidas acerca dos objetivos e procedimentos do estudo, a confidencialidade e o sigilo de sua participação, métodos, benefícios previstos, eventuais riscos e incômodos que esta pudesse acarretar, além da reparação, por parte da pesquisadora, em decorrência de algum dano.

Os participantes foram identificados por meio de nomes fictícios, a fim de preservar a sua verdadeira identidade.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Artigo de revisão integrativa acerca da sobrecarga de trabalho

Em resposta ao primeiro objetivo deste estudo, elaborou-se o artigo “Fatores relacionados à sobrecarga de trabalho de profissionais da atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura, que foi submetido à revista *Ciência & Saúde Coletiva*, em janeiro de 2019. A seguir, o artigo será apresentado, na íntegra.

Fatores relacionados à sobrecarga de trabalho de profissionais da atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura

Factors related to work overload among primary health care professionals: integrative review

RESUMO

Objetivou-se analisar a produção científica acerca dos fatores associados à sobrecarga de trabalho de profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada em outubro de 2018 nas bases de dados LILACS, MEDLINE, CINAHL e WEB OF SCIENCE, sem limite temporal. Um total de 21 artigos preencheu os critérios de elegibilidade, que foram selecionados e analisados. Os fatores que mais se destacaram para que os profissionais se percebessem mais vulneráveis à sobrecarga de trabalho foram: condições precárias de trabalho, dificuldade de relacionamento interpessoal com equipe de trabalho e gestão e serem profissionais jovens que atuam em áreas mais pobres e com alto risco de violência. Os fatores associados à sobrecarga de trabalho acarretam prejuízos à saúde física e psíquica do trabalhador. Faz-se necessário a implementação de ações que visem a promoção da saúde do trabalhador.

Palavras-chave: Pessoal de saúde; Carga de trabalho; Esgotamento Profissional; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The objective was to analyze the scientific production about the factors associated with the workload of professionals who work in the Family Health Strategy. This is an integrative review of the literature conducted in October 2018 in the databases LILACS, MEDLINE, CINAHL and WEB OF SCIENCE, with no time limit. A total of 21 articles met the eligibility criteria, which were selected and analyzed. The most important factors for professionals to perceive themselves as vulnerable to work overload were: poor working conditions, difficulty in interpersonal relationships with work and management staff, and being young professionals working in poorer areas and at high risk of violence. The factors associated with work overload

entail damages to the physical and psychological health of the worker. It is necessary to implement actions aimed at promoting the health of the worker.

Keywords: Health personnel; Work load; Professional Exhaustion; Primary Health Care

INTRODUÇÃO

A satisfação no trabalho dos profissionais que atuam na Atenção Primária em Saúde (APS) é um desafio de âmbito mundial. O sub-financiamento dos serviços de Atenção Primária fragiliza os processos de trabalho e impacta negativamente na qualidade da produção de cuidado e na saúde dos profissionais.

Investigação na Índia evidenciou menor nível de satisfação no trabalho entre os profissionais em unidades de cuidados primários¹. Os fatores ligados ao trabalho, como: relações interpessoais; ambiente de trabalho; organização do trabalho em saúde; plano de desenvolvimento de carreira e questões de recursos humanos, influencia a satisfação e o desempenho do profissional no sistema da APS²⁻⁶.

Nesse contexto, pesquisa realizada no Irã, com 9.191 profissionais da APS, constatou que 35,7% dos profissionais tinham níveis médios a altos de exaustão emocional e 49,6% apresentaram falta de realização pessoal⁷. O desgaste emocional esteve associado à idade, experiências no trabalho e satisfação com a renda⁷.

Estudo no Brasil com 797 profissionais da APS acerca da qualidade de vida, identificou que 15,4% dos profissionais reportaram a percepção de má qualidade de vida³. Aqueles que se comprometiam excessivamente no trabalho e não tinham seus reforços reconhecidos, tiveram maior probabilidade para apresentar má qualidade de vida geral, especificamente, no domínio físico³.

Considerando essa realidade, vale apontar que a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) para estar geograficamente próximo às comunidades carentes, econômica e socialmente, com o cuidado integral ao indivíduo e a criação de vínculos faz com que os profissionais lidem com situações médico-sociais complexas que podem levá-los ao estresse, esgotamento ocupacional e adoecimento psíquico^{5,8}.

Nessa perspectiva, este estudo se justifica por: (1) evidência científica a respeito da sobrecarga de trabalho como um dos fatores de insatisfação do profissional da ESF; (2) processo de trabalho na ESF fragilizado que implica na alta rotatividade dos profissionais no serviço e

desfragmentação do cuidado integral ao indivíduo^{2,5}; (3) aumento nas taxas de absenteísmo por problemas de saúde física e mental dos profissionais da ESF; (4) no Brasil, o estudo desta temática é recente e há uma escassez de produção literária acerca do tema.

Neste sentido, as autoras do presente estudo consideraram que identificar os fatores associados à sobrecarga de trabalho entre os profissionais da APS torna-se essencial, tanto fomentar estratégias que visem otimizar a satisfação desses profissionais com o trabalho, quanto para a melhoria da qualidade de vida desses indivíduos, que impactará no cuidado ofertado aos usuários da APS. Assim, este estudo objetivou analisar a produção científica acerca dos fatores associados à sobrecarga de trabalho de profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura⁹, para traçar um panorama nacional dos estudos que envolvem sobrecarga de trabalho na Estratégia Saúde da Família. A questão norteadora foi: Quais são os fatores associados à sobrecarga de trabalho entre os profissionais das equipes de Atenção Primária à Saúde?

O levantamento bibliográfico foi realizado durante o período de outubro de 2018, nas seguintes Bases de dados: LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) via BVS (Biblioteca Virtual em Saúde); MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) via PUBMED; CINAHL, (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) e WEB OF SCIENCE (Science Citation Index, Social Science Citation Index, Arts and Humanities Citation Index), acessadas no Portal de Periódicos da CAPES. Utilizaram-se os seguintes descritores: Pessoal de saúde; Carga de trabalho; Esgotamento Profissional e Atenção Primária à Saúde.

A estratégia de busca na base PubMed guiou-se pelos termos: (("Health Personnel"[Mesh] OR "Health Personnel"[Title/Abstract]) AND ("Workload"[Mesh] OR "Burnout, Professional"[Mesh] OR Workload[Title/Abstract] OR workloads[Title/Abstract] OR "Professional Burnout"[Title/Abstract] OR burnout[Title/Abstract])) AND ("Primary Health Care"[Mesh] OR "Family Health Strategy"[Title/Abstract] OR "Primary Health Care"[Title/Abstract] OR "Primary Healthcare"[Title/Abstract] OR "Primary Care"[Title/Abstract]) AND "published last 10 years"[Filter]. Estratégias equivalentes foram adotadas para as demais Bases.

Foram incluídos artigos publicados em inglês; espanhol e português, nos últimos dez anos, que apresentassem resumos e informações acerca da sobrecarga de trabalho entre profissionais da Estratégia Saúde da Família. Foram excluídos os textos que abordaram a sobrecarga de trabalho em outras modalidades de serviços de saúde e que não foram desenvolvidos na APS brasileira.

A pesquisa nas Bases de dados resultou em 864 artigos, os quais passaram por uma primeira seleção de leitura dos títulos, e posterior leitura dos resumos dos 62 artigos selecionados pelo título. Ao término das duas etapas, resultaram 29 artigos, que foram lidos na íntegra, e, após a retirada dos artigos duplicados, selecionou-se 21 artigos (Figura 1).

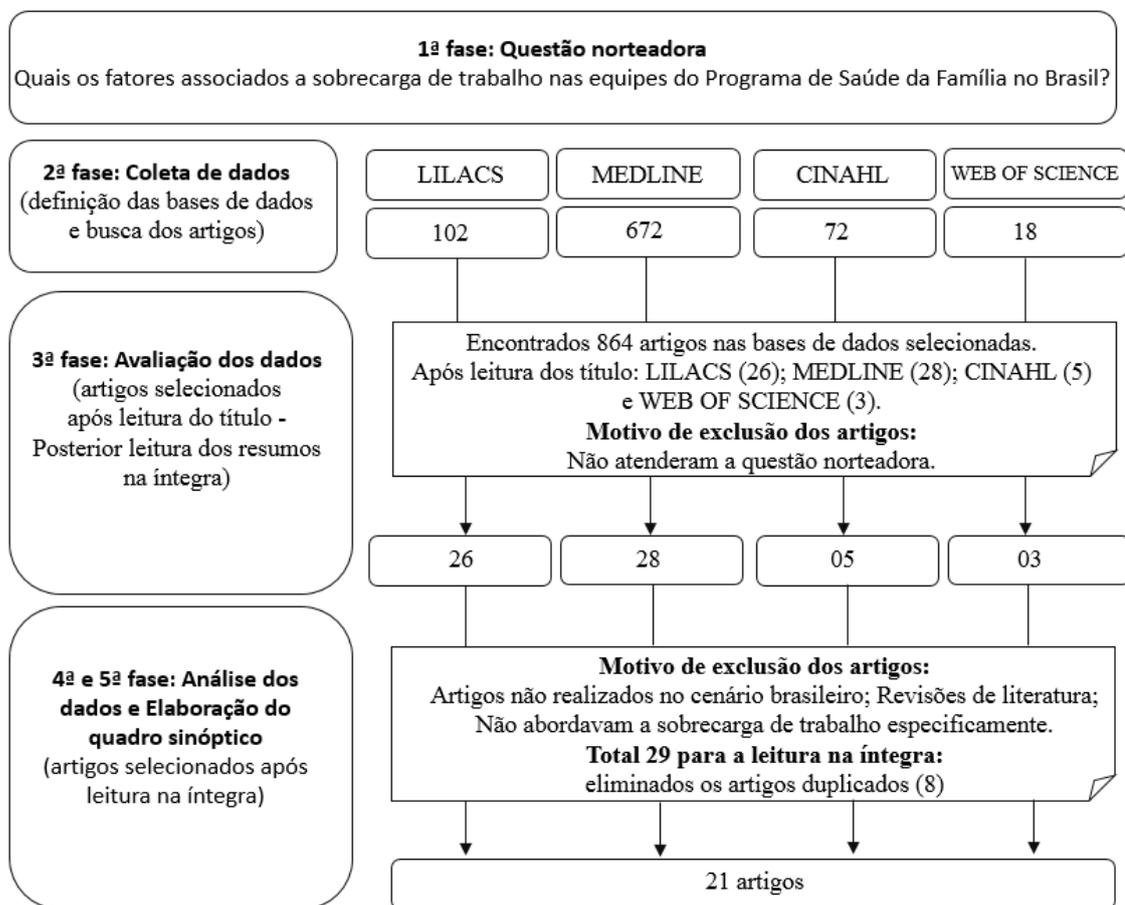


Figura 1 – Fluxo de processo de seleção dos estudos para a revisão integrativa. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2018.

Os artigos foram lidos na íntegra com a utilização de instrumento elaborado pelas autoras para nortear a coleta, síntese; organização e análise dos dados, com o propósito de

extrair e organizar as informações¹⁰. Os dados foram organizados de acordo com: nome do artigo; ano de publicação; autores; resultados e recomendações/conclusões.

Na análise, foram identificados e categorizados os dados relevantes, utilizando-se os passos e princípios da Análise Temática¹¹. Para isso, realizou-se uma leitura flutuante dos dados coletados, buscando identificar as similaridades e diferenças dos conteúdos. Posteriormente, os dados foram classificados e agregados nas categorias: Características sociodemográficas e formativas; Dificuldades nos relacionamentos interpessoais no trabalho e Problemas gerenciais. Os dados foram interpretados, discutidos e articulados com a literatura pertinente ao tema.

RESULTADOS

No quadro 1 são apresentados o ano de publicação, periódico e método adotado nos artigos que compuseram a amostra.

Quadro 1 – Caracterização das publicações selecionadas Belo Horizonte, MG, Brasil, 2018.

Ano	Periódico	Método
2010	Rev Esc Enferm USP	Quantitativa
2012	Saúde Soc	Qualitativa
2012	Rev Gaúcha Enferm.	Qualitativa
2010	Cad. Saúde Pública	Quantitativa
2011	Rev APS	Qualitativa
2015	Ciência & Saúde Coletiva	Quantitativa
2014	Cad. Saúde Colet.	Quantitativa
2018	Trab. Educ. Saude	Quantitativa
2015	Complementary and Alternative Medicine	Quantitativa
2016	R Bras Ci Saúde	Quantitativa e Qualitativa
2011	Ciência & Saúde Coletiva	Qualitativa
2011	Ciência & Saúde Coletiva	Qualitativa
2010	RFO, Passo Fundo	Qualitativa
2014	Ciência & Saúde Coletiva	Quantitativa
2013	Texto Contexto Enferm	Qualitativa
2015	Rev Gaúcha Enferm.	Quantitativa
2014	Rev. Psicol., Organ. Trab	Quantitativa
2009	Rev. Enferm. UERJ	Qualitativa
2011	Rev. Enferm. UERJ	Qualitativa
2012	Saúde Soc. São Paulo	Qualitativa

O estudo mostrou uma homogeneidade no quantitativo de publicações no que tange ao período, com exceção dos anos de 2008 e 2017, em que não se identificou investigações nessa temática.

Em face do método adotado nos artigos, houve predomínio das abordagens quantitativas e qualitativas, sendo que 47,6% eram de abordagem quantitativa, 47,6% de abordagem qualitativa e 4,8% foi estudo misto, trabalhando os dois tipos de método.

Em relação ao cenário de pesquisa dos estudos selecionados, observou-se que 42,8% foram desenvolvidos na região Sul do Brasil^{2,12-18}; 33% na região Sudeste^{5,19-25}; 19% na região Nordeste²⁶⁻²⁹, e 4,8% na região Centro-Oeste³⁰.

Acerca dos profissionais entrevistados nos artigos selecionados, 66,6% dos artigos entrevistaram todos os profissionais atuantes na ESF^{2,5,12-14,16,17,19,20,22,23,26,28}; 28,6% apenas os Agentes Comunitários de Saúde (ACS)^{15,21,24,25,27,30} e 4,8% somente cirurgiões-dentistas¹⁸ e 4,8% envolveu somente médicos que atuavam na ESF²⁹.

A categoria características sociodemográficas e formativas envolvidas na sobrecarga de trabalho englobam a fragilidade na atuação profissional, detectada em 71,4% dos artigos^{2,5,12,13,15,17,18,20-22,24,25,27,29,30}. Assim, sendo, 33,3% dos artigos mencionaram faixa etária igual ou inferior a 30 anos de idade^{13,14,16,19,20,22,26} e 4,8% ter pós-graduação como fatores associados à fragilidade na atuação profissional²².

Na categoria dificuldades nos relacionamentos interpessoais no trabalho verificou-se que 47,6% dos estudos detectaram tensões emocionais nas situações sociais complexas da prática na ESF^{2,5,12,13,15,20,26,28-30} e 28,6% dos artigos identificaram a presença de tensões nas relações interpessoais com a equipe e gestão do serviço^{2,13,15,26,27,30}.

A categoria problemas gerenciais identificou que 71,4% dos estudos evidenciaram demanda excessiva de atividades^{2,12,13,15,18,21-30}; 42,9% das investigações encontraram condições precárias de trabalho^{12-14,17,19,23,27,28,30}; 28,6% dos artigos mencionaram desvalorização dos profissionais^{2,15,16,26-28}; 19,1% das investigações discorreram burocratização das atividades dos profissionais^{5,12,21,29} e 9,5% citaram política partidária^{2,12}.

Quadro 2 - Fatores de risco associados na sobrecarga de trabalho em profissionais atuantes na Atenção Primária à saúde.

1. Características sociodemográficas e Formativas	Fragilidade na atuação profissional ^{2,5,12,13,15,17,18,20-22,24,25,27,29,30} Profissional jovem ^{13,14,16,19,20,22,26} Ser pós-graduado ²²
2. Dificuldades nos relacionamentos interpessoais no trabalho	Tensão emocional nas situações sociais complexas da prática ^{2,5,12,13,15,20,26,28-30} Tensões nas relações interpessoais com a equipe e gestão ^{2,13,15,26,27,30}
3. Problemas Gerenciais	Demanda excessiva de atividades ^{2,12,13,15,18,21-30} Desvalorização dos profissionais ^{2,15,16,26-28} Burocratização das atividades dos profissionais ^{5,12,21,29} Condições precárias de trabalho ^{12-14,17,19,23,27,28,30} Política partidária ^{2,12}

DISCUSSÃO

A quantidade de participantes dos estudos variou de 22 a 450 profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). Houve predomínio do sexo feminino com variação entre 83% a 85,6%. A média de idade dos participantes foi entre 32 a 44,9 anos. O tempo de trabalho manteve-se entre sete e dez anos.

O tipo de contrato variou entre os estudos. No Rio Grande do Sul¹³ observou prevalência de 78,1% de contratos temporários; em João Pessoa²⁸ houve prevalência de 60,5% entre concursados e em Juiz de Fora (22) índices de 87%, principalmente, na categoria ACS. Vale salientar que a maioria dos estudos não especificou o tipo de contrato, portanto, não se pode afirmar que o mesmo influenciou na sobrecarga de trabalho dos profissionais da ESF. Entretanto, a literatura²⁵ salienta que as condições de contratação de profissionais influenciam na percepção de sobrecarga de trabalho, uma vez que variam entre os municípios, não sendo raros os modelos de contratação instável e temporária e a falta de incentivos para a dedicação exclusiva.

A fragilidade na atuação profissional foi compreendida pelas dificuldades no exercício da profissão. A falta de capacitação no início do exercício profissional na ESF gera carga psíquica, por não ter definições claras das atividades a serem desenvolvidas, principalmente, no que tange aos ACS^{21,25,30} e a equipe de Enfermagem²².

Adicionalmente, ser profissional jovem com menos de 30 anos revelou-se como um fator predisponente ao esgotamento profissional e prejuízos à saúde^{13,16,18,19,26}. Pesquisa

conduzida com 107 profissionais em três municípios de pequeno porte da Zona da Mata Mineira¹⁹ mostrou que ter mais de 30 anos reduzia em até 2,2 vezes as chances de ter esgotamento profissional. A possível explicação pauta-se em que ter menor experiência para lidar com as questões e problemas sociais da comunidade gera sensação de insegurança e aumenta as chances de apresentar esgotamento profissional^{13,19}. Desse modo, ter a primeira experiência profissional na (ESF) aumentou em quatro vezes a chance de desenvolver esgotamento profissional¹⁹.

Em contraste, pesquisa em Porto Alegre¹⁴ com 207 profissionais, constatou por meio de regressão linear múltipla, que ter mais tempo de serviço indica maior índice de adoecimento por estarem expostos à baixa resolutividade dos atendimentos, resultando em frustração¹⁴.

Isso reforça a necessidade da gestão em saúde para desenvolver atividades que visem o acolhimento das demandas subjetivas dos profissionais, bem como, a realização de capacitações e espaços em que sejam valorizados o compartilhamento e a troca de experiências entre profissionais para a capacitação técnica, com fundamentação nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a promoção da saúde do trabalhador.

Equipes incompletas e sobrecarga de atividades ocasionam maior predisposição para problemas de saúde e insatisfação profissional^{5,12,13,15,18,20,24,25,27,29}. As mudanças ocorridas na nova Política nacional de AB, juntamente com os incentivos financeiros e as avaliações que ocorrem por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da APS (PMAQ-AB), culminam no paradoxo da produtividade em números de consultas e visitas domiciliares, em detrimento de atividades coletivas com foco na promoção à saúde. Portanto, fica evidente, que a produtividade tem forte ligação com as ações de caráter biomédico, o que enfraquece a ESF.

Estudo qualitativo, com médicos da ESF em Recife, sinalizou que a maioria dos participantes se sentiam impotentes e frustrados diante de um processo de regulação do desempenho, centrado na cobrança de produtividade por metas, ritmos excessivos e prazos curtos²⁹.

Naquele contexto, as tarefas acabavam por acontecerem sem planejamento cronológico, com a execução de atividades superpostas e com interrupções e intervenções constantes, o que indicava prejuízos para o alcance dos objetivos da ESF^{24,25,29}. Assim, as ações coletivas e as situações de maior complexidade, como o atendimento de usuários com sofrimento psíquico e

vítimas de violência, que demandam maior tempo, não eram computadas na produtividade exigida pelos gestores, ficando na invisibilidade²⁵.

Essa realidade reflete as perdas ocorridas na atenção primária nos últimos anos, a crise político-social e econômica que atingiu o Brasil, os baixos salários ofertados aos profissionais, a alta rotatividade em função da política partidária^{2,12} e o distanciamento dos princípios norteadores do SUS, por parte dos gestores dos serviços.

A política partidária é encontrada em diversos cenários brasileiros, com crescente número de profissionais contratados e a rotatividade em detrimento da condução política, fragilizando as relações e o fortalecimento de vínculo dos profissionais com os usuários, que deveriam ser priorizados pela gestão. Esse cenário dificulta a criação de vínculo da população com o trabalhador da APS, influenciando de forma direta no desenvolvimento de estresse, sobrecarga de trabalho, insatisfação e qualidade da assistência prestada^{2,12}.

Os profissionais que atuam na APS vivenciam tensões emocionais nos contextos psicossociais complexos praticado cotidiano de trabalho. São profissionais que lidam com a insegurança e o medo em trabalhar em áreas perigosas e susceptíveis de violência urbana^{2,24,25,29}. A falta de saneamento básico em algumas áreas e a falta de resolução dos problemas da comunidade aumenta em três vezes a chance de apresentar esgotamento profissional¹⁹.

Em decorrência, os profissionais discorrem que se sentem mais estressados quando os usuários os culpam por não resolver seus problemas^{18,25,30}. Nessa perspectiva, o processo de trabalho os torna menos empáticos para com o outro; a forma de produção quantitativa os endurece e faz com que não se preocupem efetivamente com os usuários¹⁹.

O ACS é a categoria profissional que mais apresenta risco de estresse na ESF. Este profissional vive na mesma comunidade que os usuários residem; a horizontalidade nas relações gera vínculos tão próximos que o sofrimento do usuário do serviço impacta no estado de saúde do profissional^{15,21,24,25,27,30}. Adicionalmente, esses trabalhadores referem medo de se envolver e denunciar os casos de violência doméstica, o que pode lhes acarretar sofrimento psíquico²⁵.

Por outro lado, a criação de vínculo com os usuários é um dos motivos de satisfação atribuídos pelos profissionais no Nordeste do Brasil²⁶. A relação harmoniosa estabelecida com os usuários faz com que os profissionais se sintam mais tranquilos e satisfeitos por saber que influenciam na criação de hábitos saudáveis e no estímulo do cuidado de si na vida das pessoas^{2,13,14,21,26,27}. Nesta perspectiva, a satisfação no trabalho faz com que os profissionais se sintam menos esgotados¹⁹.

As autoras ressaltam que tecnologias de cuidado, como o acolhimento e o vínculo deveriam ser valorizadas pela gestão em saúde, por se constituírem molas propulsoras para o cuidado de excelência, quando os profissionais se voltam ao usuário com o desejo de conhecer suas necessidades, para que sejam supridas, sem deixar de levar em consideração sua autonomia e corresponsabilização.

Outros fatores considerados estressantes e causadores de problemas de saúde física e psíquica dos profissionais estão relacionadas às barreiras na comunicação com a gestão e com a equipe^{2,13,15,26,27,30}. O despreparo dos gestores, seja pela falta de experiência no cargo, ou pelas relações hierarquizadas verticalizadas e autoritárias, geram sobrecarga de trabalho entre os profissionais³⁰.

Desse modo, a falta de organização no processo de trabalho, juntamente com o número insuficiente de profissionais para a demanda, resulta em um acúmulo de atividades, sendo observada em todas as regiões do Brasil^{2,12,13,24,25,27,29}. A insatisfação com o trabalho, resultante da sobrecarga, tem como principais desencadeadores as falhas na gestão, como na elaboração de escala e na realocação de pessoal frente às faltas²³, bem como no não cumprimento das horas de trabalho estabelecidas que acabam sendo extrapoladas²², ocasionando, dessa forma, uma demanda laboral excessiva^{15,18,21,30}.

A desvalorização dos profissionais está relacionada à precarização do SUS, que leva à desvalorização salarial, bem como a redução de premiações e bonificações, juntamente com a ausência de reconhecimento pelo trabalho²⁶, que é crucial para a realização profissional do trabalhador.

Scherer³¹ afirma que o descontentamento com a remuneração é o aspecto que mais impacta na percepção de carga de trabalho entre os profissionais atuantes na APS. Este fato pode ser visualizado apresentando maior índice de exaustão e sobrecarga dos profissionais que não são bem remunerados²⁸. A baixa remuneração é tida ainda como limitação profissional, por não possibilitar aos trabalhadores enxergar qualquer perspectiva de futuro na profissão em que atuam¹⁵ e por não favorecer ao trabalho executado com mais compromisso e envolvimento².

As condições precárias de trabalho, que são inúmeras, dentre elas a falta/má administração de recursos; a deficiente infraestrutura das unidades, conseqüentes da crise econômica brasileira atual, que reflete diretamente nos serviços públicos de saúde, afetam o cotidiano do profissional da saúde^{12,14,28,30}.

Estudos realizados com trabalhadores da APS dos estados do Rio Grande do Sul e de Sergipe revelam que além da poluição sonora; mobília inadequada e a escassez de materiais/equipamentos básicos serem críticos para a prestação de cuidado, são também causadores de estresse^{13,18,27}.

Os autores dos referidos estudos chamam atenção para os problemas de saúde que acometem os profissionais da ESF. Os profissionais reconhecem que seu estado de saúde exerce influência no seu desempenho profissional¹². Em complementação, são alarmantes os percentuais de absenteísmo apresentados pelos profissionais. Cerca de 20,7% a 41% tiveram abstenção do trabalho por problemas físicos e psíquicos^{14,29}.

A prevalência de síndrome de *Burnout* variou de 10,8% a 51% entre os profissionais da ESF^{14,19,22,26,28}. A exaustão emocional esteve presente em 20,6% dos profissionais¹⁹ e apresentou índices superiores a 64% em Aracaju²⁶, no Nordeste brasileiro. Os profissionais expressaram-se esgotados; exaustos; frustrados e estressados com os processos de trabalho^{2,26}. A despersonalização esteve presente em 21,1%¹⁹ e alcançou índices de 50%²⁶. A baixa realização profissional variou entre 20,6% a 32%^{4,26}. Os ACS relataram maior desejo de abandonar a profissão por apresentarem o sentimento de desconforto; desilusão com a profissão e que o exercício profissional não lhes era fonte de realização pessoal^{26,30}.

Estudos acerca do estado de saúde e a qualidade de vida desses profissionais constataram a presença de queixas físicas; sofrimento psíquico; uso de benzodiazepínicos e absenteísmo^{12-14,18,20,25,28,29}. Dentre as principais queixas físicas, 67,8% apresentaram problemas musculoesquelético e cefaleia^{12,27,29}; 45% cansaço²⁷; 21,8% obesidade¹⁷ e 10% insônia²⁷. Quanto aos problemas psíquicos, 74% apresentaram Transtorno Mental Comum (TMC)¹⁴; 48% apresentaram depressão²⁷ e 7,2% irritabilidade²⁷.

Destaca-se a preocupação sinalizada pelos participantes com relação ao uso de benzodiazepínicos. O uso de benzodiazepínicos está relacionado ao aumento do esgotamento profissional¹⁹. A ausência de lazer, de não praticarem exercício físico e não buscarem ajuda profissional se apresenta como uma consequência do esgotamento profissional e pode resultar em maior risco para o suicídio^{12,16,17,19}.

Mesmo considerando o trabalho desgastante ou frente ao desprestígio e desvalorização social, e diante de todos os percalços da estrutura da Atenção Primária no cenário brasileiro, os profissionais se sentem úteis pela satisfação do usuário ao seu trabalho e pelo poder transformador do vínculo e promoção da autonomia, para torná-lo agente de seu próprio

cuidado. O êxito no cuidado em saúde torna os profissionais e usuários mais sensíveis, críticos e responsivos na prática transformadora e humanizada em saúde.

A provocação que as autoras do presente estudo fazem, contextualizando a sobrecarga de trabalho dos profissionais da ESF, é para que se pense acerca dos rumos que a ESF está tomando, cuja avaliação de suas ações acarreta na perda identitária de seus princípios norteadores e que isso tem impacto direto na execução do trabalho desses profissionais.

O presente estudo possibilita uma nova visão ampliada sobre a dimensão da sobrecarga incidente nos profissionais de saúde e seu impacto sobre a produtividade e bem-estar dos mesmos. Representa ponto de partida para criação de políticas de saúde que incluam medidas de proteção ao trabalhador, resultando em melhor assistência ao usuário e satisfação do profissional. Não obstante, é fundamental no processo de criação de uma atenção primária à saúde integral, o cuidado com o cuidador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais da ESF estão vivenciando processos de trabalho que ocasionam sofrimento físico e psíquico. Os fatores mais predisponentes associados à sobrecarga de trabalho foram: a falta de capacitação para o exercício profissional na ESF, as condições psicossociais complexas nas comunidades, que impactam na violência urbana.

Os baixos salários ofertados pelos municípios refletem a desvalorização social, juntamente a isso, o processo de trabalho centralizado na produtividade quantitativa de atendimentos leva a uma contribuição para a sobrecarga de trabalho. A alta rotatividade e o número insuficiente de profissionais refletem nas tensões estabelecidas com os usuários e com a equipe.

O relacionamento da gestão com os profissionais, tendendo à hierarquização verticalizada de poder, faz com que os profissionais se sintam insatisfeitos e não tenham autonomia para o gerenciamento de suas atividades. O estresse gerado por essas situações conflituosas acarreta em problemas musculoesquelético; cefaleia; tensão muscular; insônia; depressão; irritabilidade e absenteísmo, gerando mais custos aos municípios.

Diante disso, é preciso rever os processos de trabalho, bem como as estratégias para promover a saúde do trabalhador, a configuração das relações interprofissionais, privilegiando

o diálogo, o espaço de fala, para acolher as angústias, os medos, as incertezas, de forma que o profissional não se sinta sozinho e perceba o poder transformador de trabalho em rede.

Além disso, deve haver uma reformulação dos mecanismos individuais e coletivos de enfrentamento, valorização pelos gestores, assim como o desenvolvimento de ações que sinalizem a importância desses profissionais para a comunidade. Dessa forma, haverá melhoria na qualidade de vida desses trabalhadores e qualidade do cuidado disponibilizado aos usuários.

Vale pontuar como limitação importante nesse estudo não ter se considerado as particularidades das experiências nos níveis regionais. Portanto, futuros estudos devem aprofundar-se nessa temática, considerando as experiências de diferentes municípios do Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Kumar P, Khan AM, Inder D, Mehra A. A comparative study of job satisfaction among regular and staff on contract in the primary health care system in Delhi, India *J Family Community Med.* 2014; 21(2): 112–118.
2. Trindade LL, Pires DEP. Implicações dos modelos assistenciais da Atenção Básica nas cargas de trabalho dos profissionais de Saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2013; 22(1): 36-42.
3. Teles MAB, Barbosa MR, Vargas AMD, Gomes VE, Ferreira EF, Martins AMEBL, et al. Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: a cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2014; 12(s/n):72.
4. Caçador BS, Brito MJM, Moreira DA, Rezende LC, Vilela GS. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. *Reme: Rev Min Enferm.* 2015; 19(3): 612-9.
5. Kanno NP, Bellodi PL, Tess BH. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. *Saúde Soc.* 2012; 21(4): 884-94.
6. Zhang M, Yang R, Wang W, Gillespie J, Clarke S, Yan, F. Job satisfaction of urban community health workers after the 2009 healthcare reform in China: a systematic review. *Int J Qual Health Care.* 2016;28(1):14-21.
7. Amiri M, Khosravi A, Eghtesadi AR, Sadeghi Z, Abedi G, Rajbar M, et al. Burnout and its Influencing Factors among Primary Health Care Providers in the North East of Iran. *PLoS One.* 2016; 8;11(12): s/n.

8. Azambuja JVR. Jornada de trabalho na atenção Básica: uma análise das percepções de profissionais de saúde. Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016. Trabalho de Conclusão de Curso em Saúde Coletiva.
9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(4): 758-64.
10. Kakushi LE, Évora YDM. As redes sociais na educação em enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-Am Enferm.* 2016; 24: e2709.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
12. Medeiros PA, et al. Condições de saúde entre Profissionais da Atenção Básica em Saúde do Município de Santa Maria – RS. *Rev Bras Cien Saúde.* 2016; 20(2): 115-22.
13. Maissiat GS, Lautert L, Dal Pai D, Tavares JP. Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015; 36(2):42-9.
14. Silveira SLM, Câmara SG, Amazarray MR. Preditores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS. *Cad Saúde Colet.* 2014;22(4):386-92.
15. Costa MC, Silva EB, Jahn AC, Resta DG, Colom ICS, Carli R. Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: possibilidades e limites. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012;33(3): 134-40.
16. Trindade LL, Lautert L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(2): 274-9.
17. Garcia LP, Höfelmann DA, Facchini LA. Auto-avaliação de saúde e condições de trabalho entre trabalhadores de centros de atenção primária à saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26(5):971-80.
18. Gomes D, Gonçalves ASR, Pereira LS, Tavares RS, Pires DEP, Ramos FRS. Satisfação e sofrimento no trabalho do cirurgião-dentista. *RFO.* 2010; 15(2): 104-10.
19. Martins LF, Laport TJ, Menezes VP, Medeiros PB, Ronzani TM. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2014; 19(12): 4739-50.
20. Atanes ACM, Andreoni S, Hirayama MS, Montero-Marin J, Barros VV, Ronzani TM, et al. Mindfulness, perceived stress, and subjective well-being: a correlational study in primary care health professional. *BMC Complement Altern Med.* 2015; 15(303):1-7.

21. Pierantoni CR, Varella TC, Santos MR, Silva LL. Carga de trabalho de um profissional típico da Atenção Primária em Saúde no Brasil: os agentes comunitários de saúde. *Revista de Atenção Primária à Saúde, Juiz de Fora*. 2011; 14(4): 490-6.
22. Lima AS, Farah BF, Bustamante-Teixeira MT. Análise da prevalência da síndrome de burnout em profissionais da atenção primária em saúde. *Trab Educ Saúde*. 2018; 16(1): 283-304.
23. Silva NR. Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade básica de saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2011; 16(8): 3393-402.
24. Wai MRP, Carvalho AMP. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégia de enfrentamento. *Rev Enferm UERJ*. 2009; 17(4):563-8.
25. Santos LFB, David HMSL. Percepções do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde. *Rev Enferm UERJ*. 2011; 19(1): 52-7.
26. Silva SCPS, Nunes MAP, Santana VR, Reis FP, Machado Neto J, Lima SO. A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2015; 20(10): 3011-20.
27. Santos IER, Vargas MM, Reis FP. Estressores laborais em agentes comunitários de saúde. *Rev Psicol Organ Trab*. 2014; 14(3): 324-35.
28. Albuquerque, FJB, Melo CF, Araújo Neto JL. Avaliação da síndrome de burnout em profissionais da Estratégia Saúde da Família da capital paraibana. *Psicol Reflex Crít*. 2012; 25(3): 542-9.
29. Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho SW. Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho. *Ciênc. Saúde Colet*. 2011; 16(8): 3373-82.
30. Rosa AJ, Bonfanti AL, Carvalho CS. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. *Saúde Soc*. 2012; 21(1): 141-52.
31. Scherer MDA, Oliveira NA, Pires DEP, Trindade LL, Gonçalves ASR, Vieira M. Aumento das cargas de trabalho em técnicos de enfermagem na atenção primária à saúde no Brasil. *Trab Educ Saúde*. 2016; 14(1): 89-104.

6.2 Caracterização da amostra

A presente pesquisa alcançou com êxito seu objetivo principal, que foi o de avaliar os níveis de sobrecarga e satisfação de profissionais atuantes na APS, bem como correlacionar o grau de dependência entre as variáveis estudadas.

Os resultados do estudo serão apresentados a seguir, a partir das análises quantitativa e qualitativa dos dados, por meio da triangulação de métodos. Inicialmente, apresentar-se-á a caracterização sociodemográfica e econômica dos profissionais, seguida das análises descritivas da sobrecarga e satisfação com o trabalho e correlações entre as variáveis analisadas, associadas à discussão dos dados.

6.2.1 Análise descritiva das variáveis demográficas e socioeconômicas

A amostra do estudo foi composta por 36 participantes. Dentre eles, 67% eram do sexo feminino, 39% pertenciam ao grupo etário de 30-39 anos; 50% eram solteiros; 50% tinham formação de nível superior. Dos que tinham formação superior, 31% cursaram também pós-graduação.

Os participantes investigados nesta pesquisa eram predominantemente do sexo feminino, com faixa etária prevalente entre 30-39 anos e trabalhavam com carga horária de 40 horas semanais, resultados que estão de acordo com o habitual de profissionais atuantes em outros cenários da APS no Brasil, como revelam estudos recentes que corroboram estes achados (CARREIRO *et al.*, 2013; KANNO; BELLODI; TESS, 2012; LIMA *et al.*, 2016; SANTANA *et al.*, 2013).

No estudo desenvolvido por Simões (2009), a faixa etária dos Agentes Comunitários de Saúde variou entre 23 e 27 anos, o que pode ser explicado pelo fato de que, para o exercício de trabalho dessa categoria profissional, exige-se um menor nível de formação, sendo as vagas preenchidas por profissionais mais jovens.

Em relação à prevalência do gênero feminino, ressalta-se a presença histórica da figura feminina relacionada ao cuidado de crianças, adultos e doentes (FADEL *et al.*, 2008; PEREIRA *et al.*, 2017). Relacionando o gênero à sobrecarga de trabalho, Mello (2013) verificou em seu estudo que a sobrecarga de trabalho é agravada pelo fato de que a maioria dos profissionais do sexo feminino tem filhos, acumulando funções. Assim, os turnos de trabalho e carga horária total diária, além de aumentarem o cansaço físico e mental, aumentam o risco de acidentes no trabalho.

Nos dados do estudo de Tambasco e colaboradores (2017), bem como no estudo de Leal, Bandeira e Azevedo (2012), verificou-se que com relação ao estado civil dos profissionais, a maioria era solteiro, o que corrobora com os achados do presente estudo. Assim, percebe-se

que é comum a maioria dos profissionais atuantes na APS serem solteiros, podendo ser justificado pela média de idade encontrada, conforme citado nos estudos.

Em relação à formação dos profissionais, no estudo de Maissiat e colaboradores (2015), a maioria dos profissionais atuantes nas equipes de APS possuíam apenas o ensino fundamental ou ensino médio. Tal fato pode estar relacionado às exigências quanto à formação para as vagas ocupadas pelos profissionais que atuavam naquelas equipes.

Os resultados de outro estudo apontaram que, em se tratando de formação *latu sensu*, prevaleceram os participantes graduados e aqueles que possuíam certificação nesse nível, o que corrobora com os achados obtidos nesta pesquisa. Ainda, nas perspectivas de Milanez e colaboradores (2018) e de Santos (2017), este resultado contribui para o aumento da satisfação com o trabalho.

Em se tratando da relação maior nível de formação e satisfação com o trabalho, Suehiro e colaboradores (2008) obtiveram resultados nos quais se evidenciou uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a escolaridade e satisfação, corroborando o que se observou entre os profissionais deste estudo.

Profissionais com maior nível de escolaridade possuem maior grau de instrução, o que facilita a execução do trabalho e a busca por alternativas para os problemas que surgem no dia a dia laboral, em especial no cenário da APS, onde os profissionais lidam com diversos cenários simultaneamente, atendendo a uma população diversa e com situações distintas.

Haikal *et al.*, (2013) apontam que os profissionais com formação superior são os segundos mais insatisfeitos com o trabalho, liderando no quesito insatisfação, seguidos pelos profissionais de nível técnico e auxiliar. Tal fato pode estar relacionado às condições de trabalho que são impostas aos profissionais, bem como a identificação profissional com o processo laboral.

Dentre os participantes, 36% eram ACS e 75% trabalhavam no serviço há um ano ou mais. No que diz respeito à carga horária de trabalho, 86% trabalhavam 40 horas semanais, sem dedicação exclusiva e 89% recebiam de um a três salários mínimos.

No tocante à carga horária semanal de trabalho, nos estudos de Cota, Schott e Azeredo (2006) e Silva *et al.*, (2015) também prevaleceu a carga horária semanal de 40 horas no trabalho na ESF.

As equipes de ESF funcionam com uma carga horária de 40 horas semanais, no mínimo cinco dias na semana, nos 12 meses do ano, a fim de facilitar o acesso da população à porta de

entrada e ser o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Horários alternativos de funcionamento podem ser pactuados. O fato dos profissionais terem a carga horária em sua maioria de 40 horas semanais pode ser justificada pela necessidade de funcionamento das Unidades ser de oito horas diárias, para garantia da acessibilidade (BRASIL, 2017).

É de grande importância destacar que um dos objetivos da APS é o estabelecimento do vínculo do profissional com os usuários, promovido pela atuação permanente das equipes. Indo ao encontro do estudo, Braga (2012) e Fadel *et al.*, (2008) apontaram tempo médio de 1 a 5 anos, e 3 anos de trabalho nas equipes, respectivamente.

Os resultados obtidos possibilitaram observar que quanto maior o tempo de trabalho nas unidades de APS, mais satisfeitos se encontravam os profissionais. Azevedo, Nery e Cardoso (2017) afirmaram que há uma relação direta entre tempo de trabalho, menor esgotamento e maior satisfação do profissional, bem como tempo de trabalho e atividade profissional. Quanto maior o tempo de trabalho, mais ativo é o profissional. Possivelmente, infere-se que tal fato pode ser explicado pelo vínculo que os profissionais que trabalham em unidades de APS estabelecem com os usuários que atendem, tornando, com o passar do tempo, o trabalho mais prazeroso e menos gerador de sofrimento. Santos (2017) afirma ainda, que o desenvolvimento de competências para o exercício profissional está diretamente ligado ao maior tempo de trabalho, tornando o trabalho mais satisfatório à medida que o profissional se torna mais íntimo do seu serviço.

Em contrapartida, Silveira, Câmara e Amazarray (2014) identificaram que o tempo de profissão se revelou preditor para o desenvolvimento da síndrome de *burnout*, uma vez que se refere a uma condição na qual o profissional se encontra esgotado. O esgotamento pode então levar à insatisfação com o trabalho, podendo ser justificado pela vivência laboral, gestão local e consequência de sobrecarga de atividades a serem desenvolvidas.

Os resultados relacionados ao perfil demográfico e socioeconômico dos participantes estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2- Distribuição da população estudada, segundo as características demográficas e socioeconômicas. Belo Horizonte, 2018.

Variáveis	n = 36	%
Sexo		
Feminino	24	67
Masculino	12	33
Idade (anos)		
20 – 29	8	22
30 – 39	14	39
40 – 49	8	22
≥ 50	6	17
Estado civil		
Solteiro	18	50
Casado	14	39
Divorciado	4	11
Nível de Escolaridade		
Ensino médio	18	50
Ensino Superior	18	50
Pós-graduação		
Sim	11	31
Não	25	69
Tempo de trabalho na APS (em meses)		
1 - 12	3	8
13 - 24	6	17
> 24	27	75
Carga horária/semana (horas)*		
20	4	11
24	1	3
40	31	86
Salário (salário mínimo)**		
1 - 3	32	89
4 - 5	1	3
> 5	3	8

* Sem dedicação exclusiva

** Valor do salário mínimo aproximado de R\$ 1.000,00.

6.2.2 Análise descritiva da Sobrecarga de Trabalho e Satisfação com o trabalho

Realizou-se a análise descritiva das variáveis de sobrecarga e satisfação com o trabalho por meio das medidas de tendência central e distribuição de frequência, considerando os escores médios e globais.

6.2.3 Análise descritiva da sobrecarga de trabalho

Paralelamente à avaliação da sobrecarga de trabalho, segundo o MBI, foram contabilizados os totais de cada uma das dimensões contempladas e procedeu-se à análise global desses valores. Ressalta-se que a análise das dimensões foi realizada de acordo com a categorização apresentada no manual de instruções do MBI (MASLACH *et al.*, 1996).

Os resultados mostraram que os profissionais possuíam grau baixo de *burnout*, caracterizado pelo modelo de Maslach (1996). Embora não tenham sido encontrados níveis elevados de sobrecarga de trabalho, os profissionais apontaram questões em suas falas que são reflexo de demandas excessivas, como: ausência de tecnologia de trabalho, trabalho em rede de atenção à saúde fragmentado, tensão emocional, dentre outros.

Nesse sentido, os achados de Maissiat *et al.*, (2015) e Tambasco *et al.*, (2017) contrariam os resultados quantitativos desse estudo, mas corroboram os achados qualitativos. O estudo realizado por Maissiat *et al.*, (2015) apontou a sobrecarga de trabalho como a média mais alta, enquanto os resultados de Tambasco *et al.* (2017) mostraram a sobrecarga citada como responsável por estresse, e conseqüentemente, por gerar insatisfação nos profissionais.

Em relação à subescala Exaustão Emocional (EE), 67% dos profissionais apresentaram uma EE baixa, como pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3- Distribuição da amostra por Exaustão Emocional, segundo a Escala de Maslach, *et al.* (1996), Belo Horizonte, 2018.

Grau de Exaustão Emocional	n=36	%
Baixo	24	67,0
Médio	6	16,5
Alto	6	16,5
Total	36	100

Fonte: própria autora.

Ressalta-se que o resultado baixo de esgotamento emocional pode estar relacionado ao contexto em que os profissionais estão inseridos. Usualmente, os que atuam nos serviços de APS lidam diariamente com diversos tipos de usuários e, dentre os achados do presente estudo, está a satisfação a população atendida, o que impulsiona a solução de problemas. Além do mais, consideram o serviço satisfatório em relação à autonomia para tomada de decisões.

Em relação à Despersonalização (DP), 58,5 % apresentaram grau baixo, enquanto 22% apresentaram grau alto e 19,5% grau médio (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição da amostra por Despersonalização segundo a Escala de Malash *et al.* (1996), Belo Horizonte, 2018.

Grau de Despersonalização	n=36	%
Baixo	21	58,5
Médio	7	19,5
Alto	8	22,0
Total	36	100

Fonte: a autora.

No que diz respeito à despersonalização, os achados revelaram níveis baixos nesta dimensão, isto é, os profissionais não se tornaram frios e impessoais com os usuários do serviço, ainda que tenham relatado sensação de desvalorização profissional. Uma das possibilidades que explica esse achado está relacionada ao fato de ter prevalecido aqueles que possuíam somente o vínculo empregatício com a APS, o que os tornava mais vinculados ao serviço e aos usuários, e, em decorrência disso, empenhavam mais esforços para a realização das atividades. Para Maslach e colaboradores (2001), o distanciamento dos profissionais com os usuários compreende uma reação imediata de exaustão.

Como se pode observar na tabela 5 a seguir, 75% dos participantes apresentaram a dimensão (RP) para grau baixo de *burnout*, com percepção elevada de realização pessoal. Ressalta-se que a contabilização desta dimensão é inversamente proporcional ao grau de *Burnout*. Apenas dois participantes (5,5%) apresentaram grau alto de *Burnout*.

Tabela 5 - Distribuição da amostra por Realização Pessoal segundo a Escala de Maslach, et al. (1996), Belo Horizonte, 2018.

Grau de Realização Pessoal	n=36	%
Baixo	27	75
Médio	7	19,5
Alto	2	5,5
Total	36	100

Fonte: a autora.

Por fim, a terceira dimensão do *Burnout* caracteriza a realização pessoal do profissional. Os achados revelaram grau elevado nesta dimensão, o que está relacionado com o reflexo de um trabalho satisfatório. De acordo com Maissiat *et al.*, (2015), em geral, os profissionais da APS apresentam satisfação e realização pessoal alta, indo ao encontro dos achados dessa investigação.

Realizou-se também análise descritiva da sobrecarga de trabalho percebida pelos participantes do estudo, reapresentada pela média e desvio-padrão, separados pelo escore global e pelas dimensões da escala MBI (Tabela 6). Os itens de cada uma das três dimensões serão apresentados nas tabelas 7, 8 e 9, segundo as distribuições das frequências de respostas.

Tabela 6 - Descrição dos escores médios (n = 36) de sobrecarga de trabalho segundo a Escala de Maslach *et al.*, (1996), Belo Horizonte, 2018.

MBI	Média	DP	IC 95%
MBI Global	2,81	0,69	2,57-3,04
Exaustão Emocional	1,84	1,40	1,37-2,32
Despersonalização	1,21	0,89	0,9-1,5
Realização Pessoal	5,37	0,56	5,18-5,56

n=36.

Fonte: a autora.

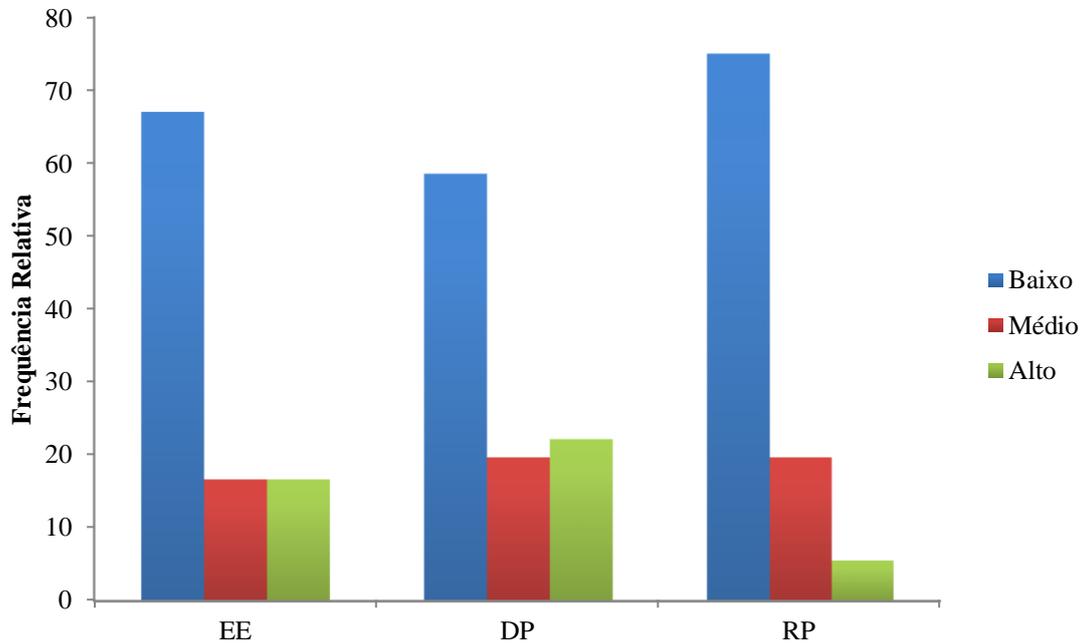
A análise descritiva da Escala MBI foi apresentada de forma complementar ao modo como é apresentada, segundo o autor. Entretanto, é válido verificar a análise do instrumento por meio das medidas de tendência central, a fim de evidenciar o que é apresentado na análise descritiva por Maslach (1996).

É possível observar na tabela 6 a média das respostas obtidas, sendo que a média em destaque (5,37) refere-se à RP e deve estar em grau alto para ser classificado como sobrecarga de trabalho. A variável DP foi a que se apresentou em menor valor (1,21) na análise. Ao contrário da RP, a EE e a DP devem evidenciar níveis altos para ser classificado como sobrecarga de trabalho. Por fim, verificou-se a média da EE como baixa (1,84).

Os valores adotados na Escala de *Likert* para MBI variaram de 0 a 6 e, na análise descritiva, verificou-se grau baixo para exaustão emocional; grau baixo para a DP e o grau alto de RP. Sendo assim, aferiu-se grau baixo de sobrecarga de trabalho entre os profissionais.

O gráfico 1 evidenciou o grau de *burnout*, de acordo com os resultados obtidos e categorizados, segundo Maslach *et al.*, (1996). Assim sendo, verificou-se que os profissionais apresentaram grau baixo de *burnout*, considerando o grau alto de RP e grau baixo de DP. Portanto, evidenciou-se baixa sobrecarga de trabalho dos profissionais.

Gráfico 1 - Distribuição da população estudada segunda as três subescalas que compõem a síndrome de *Burnout* (Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal) segundo a Escala de Maslach *et al.* (1996), Belo Horizonte, 2018. N=36



Fonte: a autora.

As tabelas 7, 8 e 9 a seguir apresentam a distribuição de frequência das respostas obtidas na escala MBI.

Tabela 7 - Distribuição da frequência de respostas (n=36) por itens do fator 1 “Exaustão Emocional” segundo a Escala de Maslach *et al.*, (1996), Belo Horizonte, 2018.

Nº	Item	Escores n (%)						
		0 - Nunca	1 - Algumas vezes ao ano	2 - Uma vez por mês	3 - Algumas vezes por mês	4 - Uma vez por semana	5 - Algumas vezes por semana	6 - Todos os dias
01	Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho.	13 (36,11)	7 (19,44)	3 (8,33)	8 (22,22)	0 (0)	5 (13,89)	0 (0)
02	Quando termino minha jornada de trabalho, sinto-me esgotado.	7 (19,44)	5 (13,89)	0 (0)	13 (36,11)	0 (0)	7 (19,44)	4 (11,11)
03	Quando me levanto pela manhã e enfrento outra jornada de trabalho, sinto-me fadigado.	14 (38,89)	5 (13,89)	2 (5,56)	8 (22,22)	2 (5,56)	5 (13,89)	0 (0)
06	Sinto que trabalhar todo o dia com gente me cansa.	17 (47,22)	5 (13,89)	6 (16,67)	7 (19,44)	0 (0)	2 (5,56)	0 (0)
08	Sinto que meu trabalho está me desgastando.	15 (41,67)	5 (13,89)	2 (5,56)	7 (19,44)	1 (2,78)	3 (8,33)	3 (8,33)
13	Sinto-me muito frustrado por meu trabalho.	15 (41,67)	5 (13,89)	3 (8,33)	6 (16,67)	1 (2,78)	6 (16,67)	0 (0)
14	Sinto que estou trabalhando demais no meu trabalho.	7 (19,44)	12 (33,33)	3 (8,33)	6 (16,67)	1 (2,78)	4 (11,11)	3 (8,33)
16	Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.	17 (47,22)	7 (19,4)	3 (8,33)	7 (19,44)	1 (2,78)	1 (2,78)	0 (0)
20	Sinto-me como se estivesse no limite das minhas possibilidades.	14 (38,89)	7 (19,44)	1 (2,78)	6 (16,67)	0 (0)	5 (13,89)	3 (8,33)

Fonte: a autora.

De acordo com a tabela 8, 40% dos profissionais relataram que o contato direto com as pessoas nunca os fez nunca os fez sentirem-se cansados e nenhum profissional apontou esgotamento ao final da jornada diária de trabalho. No entanto, 33,33% afirmaram trabalhar em

excesso algumas vezes ao ano. Entretanto, percebeu-se que as maiores frequências se concentraram na pontuação 1, representando a resposta “nunca”, para sentimentos de exaustão emocional.

Tabela 8 - Distribuição da frequência de respostas (n=36) por itens do fator 2 “Despersonalização”, de acordo com a Escala de Maslach, *et al.* (1996), Belo Horizonte, 2018.

Nº	Item	Escores n (%)						
		Nunca	Algumas vezes ao ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
05	Sinto que estou tratando alguns receptores de meu trabalho como se fossem objetos impessoais.	30 (83,33)	3 (8,33)	1 (2,78)	1 (2,78)	0 (0)	1 (2,78)	0 (0)
10	Sinto que tornei-me mais duro com as pessoas, desde que eu comecei este trabalho.	19 (52,78)	11 (30,56)	0 (0)	3 (8,33)	0 (0)	1 (2,78)	2 (5,56)
11	Preocupo-me com este trabalho que está endurecendo-me emocionalmente.	14 (38,89)	6 (16,67)	3 (8,33)	7 (19,44)	0 (0)	0 (0)	6 (16,67)
15	Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.	34 (94,44)	1 (2,78)	0 (0)	1 (2,78)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
22	Parece-me que os receptores de meu trabalho, culpam-me por alguns de seus problemas.	7 (19,44)	5 (13,89)	3 (8,33)	11 (30,56)	2 (5,56)	5 (13,89)	3 (8,33)

Fonte: a autora.

A Tabela 8 demonstrou que os profissionais, em sua maioria, nunca perceberam sentimentos de despersonalização; 30,56% dos participantes referiram sentir-se culpado pelos usuários, pelos seus problemas, algumas vezes por mês. Percebeu-se que os participantes do estudo apresentaram níveis baixos de despersonalização.

A Tabela 9 apresenta a frequência de respostas “algumas vezes por semana” e “todos os dias”, correspondendo pontuações elevadas na dimensão “Realização Pessoal”. Ressalta-se que 66,67% dos profissionais manejavam todos os dias, com muita calma, os problemas dos usuários e 55,56% sentiam-se estimulados todos os dias, após o trabalho direto com os mesmos.

Em complementação, 63,89% relataram conseguir coisas valiosas no trabalho todos os dias, enquanto 50% mostraram-se vigorosos todos os dias, em seu trabalho.

Tabela 9 - Distribuição da frequência de respostas (n=36) por itens do fator 3 “Realização Pessoal”, segundo a Escala de Maslach *et al.*, (1996), Belo Horizonte, 2018.

(continua)

Nº	Item	Escore n (%)						
		Nun- ca	Algu- mas vezes ao ano	Uma vez por mês	Algu- mas vezes por mês	Uma vez por semana	Algu- mas vezes por semana	Todos os dias
04	Sinto que posso entender facilmente como as pessoas que tenho que atender, se sentem a respeito das coisas.	0 (0)	2 (5,56)	1 (2,78)	4 (11,11)	0 (0)	7 (19,44)	22 (61,11)
07	Sinto que trato com muita efetividade os problemas das pessoas que eu tenho que atender.	0 (0)	1 (2,78)	0 (0)	1 (2,78)	1 (2,78)	4 (11,11)	29 (80,56)
09	Sinto que estou influenciando positivamente na vida das pessoas, através de meu trabalho.	0 (0)	1 (2,78)	1 (2,78)	2 (5,56)	0 (0)	9 (25,00)	23 (63,89)
12	Sinto-me muito vigoroso em meu trabalho.	1 (2,78)	2 (5,56)	1 (2,78)	3 (8,33)	0 (0)	11 (30,56)	18 (50,00)

Tabela 9 - Distribuição da frequência de respostas (n=36) por itens do fator 3 “Realização Pessoal”, segundo a Escala de Malash *et al.*, (1996), Belo Horizonte, 2018.

								(conclusão)
	Sinto que posso criar com facilidade um clima agradável com os receptores do meu trabalho.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (5,56)	0 (0)	3 (8,33)	31 (86,11)
17								
	Sinto-me estimulado depois de haver trabalho diretamente com quem tenho que atender.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (8,33)	1 (2,78)	12 (33,33)	20 (55,56)
18								
	Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.	0 (0)	1 (2,78)	0 (0)	2 (5,56)	0 (0)	10 (27,78)	23 (63,89)
19								
	No meu trabalho, eu manejo os problemas emocionais com muita calma.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2,78)	2 (5,56)	9 (25,00)	24 (66,67)
21								

Fonte: a autora.

Assim, de acordo com os dados deste estudo, infere-se que o grau baixo de *burnout* pode estar associado à vinculação do profissional com os usuários, pelo fato de ter prevalecido aqueles que possuíam vínculo por maior tempo, menor idade da maioria dos profissionais, o sexo feminino, bem como a formação acadêmica e profissional, visto que se revelou maiores valores de influência destas variáveis sob a dependente, conforme a regressão.

6.2.4 Análise descritiva da satisfação com o trabalho

A análise descritiva da satisfação laboral, segundo os fatores globais e fatores da Escala Satisfação no Trabalho S20/23, está descrita na Tabela 10 de acordo com os agrupamentos de variáveis, apresentando os valores médios.

Tabela 10 - Descrição dos escores médios (n=36) de satisfação com o trabalho segundo os fatores da escala S20/23, Belo Horizonte, 2018.

MBI	Média	DP	IC95%
SAT Global	2,3	0,6	2,12-2,53
SRH	2,2	0,7	2,01-2,49
SAFT	1,9	0,7	1,74-2,20
SIT	2,7	0,8	2,47-3,03

SRH: Satisfação com Relações Hierárquicas; SRH: Satisfação com o Ambiente Físico de Trabalho; SIT: Satisfação Intrínseca no Trabalho.

Fonte: a autora.

Observa-se na tabela 10 que a satisfação global dos profissionais resultou em uma média de 2,3, o que é caracterizado como “indiferente” e “satisfeito”, de acordo com a Escala de *Likert* da Satisfação no Trabalho S20/23. A maior satisfação dos participantes observada foi com a Satisfação Intrínseca no Trabalho com uma média de 2,7. Entre os três fatores, verificou-se a menor média, sendo de 1,9 em relação à satisfação com o ambiente físico de trabalho.

De acordo com a Tabela 11, em relação à satisfação com relações hierárquicas, 47% das respostas concentraram-se em Bastante Satisfeito, sendo que somente 5,56% (2) dos participantes relataram-se muito insatisfeitos, em uma pergunta apenas, com o apoio recebido das instâncias superiores.

Tabela 11 - Distribuição da frequência de respostas (n=36) segundo os itens do fator 1 “Satisfação com Relações Hierárquicas – SRH” da escala S20/23.

(continua)

Nº	Item	Escores n (%)						
		Muito Satisfeito	Bastante Satisfeito	Pouco Satisfeito	Insatisfeito	Pouco Insatisfeito	Bastante Insatisfeito	Muito Insatisfeito
13	Relações pessoais com as instâncias de poder	7 (19,44)	20 (55,56)	7 (19,44)	2 (5,56)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
14	Supervisão sobre o trabalho que realiza	11 (30,56)	16 (44,44)	5 (13,89)	4 (11,11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Tabela 11 - Distribuição da frequência de respostas (n=36) segundo os itens do fator 1 “Satisfação com Relações Hierárquicas – SRH” da escala S20/23.

(continua)

16	Forma como avaliam e julgam seu trabalho	7 (19,44)	20 (55,56)	6 (16,67)	3 (8,33)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
17	Igualdade de tratamento e sentido de justiça	8 (22,22)	16 (44,44)	9 (25,00)	2 (5,56)	1 (2,78)	0 (0)	0 (0)
18	Apoio recebido das instâncias superiores	6 (16,67)	19 (52,78)	8 (22,22)	1 (2,78)	0 (0)	0 (0)	2 (5,56)
19	Possibilidade de decidir com autonomia sobre o próprio trabalho	13 (36,11)	12 (33,33)	7 (19,44)	2 (5,56)	1 (2,78)	1 (2,78)	0 (0)
20	Participação nas decisões da organização ou na sua área de trabalho	8 (22,22)	19 (52,78)	7 (19,44)	1 (2,78)	1 (2,78)	0 (0)	0 (0)
21	Possibilidade que lhe dão em participar nas decisões da área de trabalho	4 (11,11)	18 (50,00)	10 (27,78)	1 (2,78)	1 (2,78)	2 (5,56)	0 (0)
22	Modo como são cumpridos as Leis trabalhistas e os acordos coletivos	8 (22,22)	13 (36,11)	9 (25,00)	4 (11,11)	1 (2,78)	1 (2,78)	0 (0)

Tabela 11 - Distribuição da frequência de respostas (n=36) segundo os itens do fator 1 “Satisfação com Relações Hierárquicas – SRH” da escala S20/23.

(conclusão)								
23	Forma como se processam as negociações sobre a contratação de benefícios	6 (16,67)	15 (41,67)	9 (25,00)	4 (11,11)	1 (2,78)	1 (2,78)	0 (0)

Fonte: a autora.

De acordo com a satisfação em relação ao Ambiente Físico de Trabalho, a Tabela 12 evidenciou que 47,42% dos profissionais sentiam-se muito satisfeitos com o ambiente e espaço físico de trabalho, enquanto somente 2,78% dos profissionais referiram-se como muito insatisfeitos com a ventilação do local de trabalho.

Nessa perspectiva, Duarte e Boeck (2015) apontam que, ao contrário do presente estudo, os profissionais entrevistados encontravam-se insatisfeitos com as relações hierárquicas, que se baseavam em uma gestão autoritária, desmotivando-os.

Tabela 12 - Distribuição da frequência de respostas (n=36) segundo os itens do fator 2 “Satisfação com o Ambiente Físico de Trabalho – SAFT” da escala S20/23.

(continua)								
Escores n (%)								
Nº	Item	Muito Satisfeito	Bastante Satisfeito	Pouco Satisfeito	Insatisfeito	Pouco Insatisfeito	Bastante Insatisfeito	Muito Insatisfeito
06	Higiene e salubridade do local de trabalho	17 (47,22)	12 (33,33)	6 (16,67)	0 (0)	1 (2,78)	0 (0)	0 (0)
07	Ambiente e espaço físico do local de trabalho	17 (47,42)	16 (44,44)	2 (5,56)	1 (2,78)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
08	Iluminação do local de trabalho	15 (41,67)	13 (36,11)	5 (13,89)	2 (5,56)	1 (2,78)	0 (0)	0 (0)
09	Ventilação do local de trabalho	10 (27,78)	12 (33,33)	12 (33,33)	1 (2,78)	0 (0)	0 (0)	1 (2,78)

Tabela 12 - Distribuição da frequência de respostas (n=36) segundo os itens do fator 2 “Satisfação com o Ambiente Físico de Trabalho – SAFT” da escala S20/23.

(conclusão)								
10	Climatização do local de trabalho	9 (25,00)	10 (27,78)	15 (41,67)	2 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Fonte: a autora.

O terceiro e último fator da escala S20/23 foi referente à Satisfação Intrínseca no Trabalho (Tabela 13). É possível perceber que 47,22% (17) dos profissionais relataram que o trabalho era propiciador de realização (muito satisfeito) e que 52,78% (19) dos profissionais afirmaram estar bastante satisfeitos com os objetivos e metas que devem alcançar.

A menor satisfação apontada pelos profissionais referiu-se àquela relacionada com o ambiente físico de trabalho. Os profissionais apontaram o ambiente físico de trabalho com críticas, coadunando os achados de Maissiat *et al.*, (2015).

Entretanto, Suehiro *et al.*, (2008) observaram que os profissionais se encontram mais insatisfeitos com a pressão que sofrem do que com o ambiente físico. Tal fato pode ser justificado pelos diferentes cenários brasileiros de atenção à saúde, em especial, o cenário da APS.

Em relação à questão salarial; 11,11% dos profissionais referiram-se como muito insatisfeitos e 27,78% dos profissionais afirmaram estar pouco satisfeitos com o trabalho.

Tabela 13 - Distribuição da frequência de respostas (n=36) segundo os itens do fator 3 “Satisfação Intrínseca no Trabalho – SIT” da escala S20/23.

(continua)								
Escores n (%)								
Nº	Item	Muito Satisfeito	Bastante Satisfeito	Pouco Satisfeito	Insatisfeito	Pouco Insatisfeito	Bastante Insatisfeito	Muito Insatisfeito
01	Trabalho enquanto propiciador de realização	17 (47,22)	13 (36,11)	5 (13,89)	0 (0)	1 (2,78)	0 (0)	0 (0)
02	Oportunidades que o trabalho oferece de fazer coisas nas quais se destaca	4 (11,11)	16 (44,44)	10 (27,78)	4 (11,11)	1 (2,78)	0 (0)	1 (2,78)

Tabela 13 - Distribuição da frequência de respostas (n=36) segundo os itens do fator 3 “Satisfação Intrínseca no Trabalho – SIT” da escala S20/23.

		(conclusão)						
03	Oportunidades que o trabalho oferece de fazer coisas que gosta	10 (27,78)	17 (47,22)	9 (25,00)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
04	Salário	4 (11,11)	7 (19,44)	10 (27,78)	8 (22,22)	3 (8,33)	0 (0)	4 (11,11)
05	Objetivos e metas que deve alcançar	5 (13,89)	19 (52,78)	10 (27,78)	1 (2,78)	1 (2,78)	0 (0)	0 (0)
11	Oportunidades de formação e atualização oferecidas pela empresa	3 (8,33)	4 (11,11)	16 (44,44)	8 (22,22)	1 (2,78)	0 (0)	4 (11,11)
12	Oportunidade de ascensão na carreira	2 (5,56)	2 (5,56)	11 (30,56)	14 (38,89)	3 (8,33)	0 (0)	4 (11,11)

Fonte: a autora.

Em relação à satisfação com o trabalho dos profissionais, os resultados revelaram que esses encontravam-se mais satisfeitos em relação à Satisfação Intrínseca com o Trabalho, ou seja, encontravam-se mais satisfeitos com as condições e o cumprimento de suas tarefas e metas. Tal fato apresentado de forma positiva está relacionado aos serviços que são determinados a serem executados, metas a serem cumpridas e cronograma de atividades.

6.3 Análise inferencial

6.3.1 Análise de Regressão

Os resultados da análise de regressão multivariada de Poisson estão descritos na Tabela 14, de acordo com o modelo proposto.

A variável dependente foi a Satisfação (SAT Global) e as variáveis independentes foram: MBI Global; MBI 1, MBI 2, MBI3, sexo, idade, estado civil, categoria profissional, tempo de trabalho em meses, pós-graduação e possuir outro vínculo empregatício.

Tabela 14 – Efeitos das dimensões da Síndrome de Burnout (MBI Global) e variáveis socioeconômicas e sociodemográficas no trabalho, na dimensão da Satisfação pelo Método de Regressão Linear MQO (n=36)

Variável independente	MQO	
	Coefficiente β	p-valor
MBI Global	0,30	0,025
MBI1	0,199	0,003
MBI2	0,138	0,212
MBI3	-0,186	0,402
Sexo	-0,38	0,070
Idade	-0,34	0,058
Estado Civil	0,19	0,228
Categoria Profissional	0,14	0,201
Tempo de trabalho em meses	0,00	0,044
Pós-graduação	0,69	0,152
Outro vínculo empregatício	-0,35	0,207

Fonte: A autora.

Os dados da Tabela 14 mostraram que na análise da Satisfação versus Sobrecarga, cada unidade de sobrecarga aumentou a insatisfação em 0,5%. A tendência se faz notória, visto que a pesquisa de Azevedo, Nery e Cardoso (2017) aponta que a insatisfação profissional está intimamente relacionada à sobrecarga de trabalho pelo fato de que o desgaste e sofrimento do indivíduo geram, desse modo, a insatisfação.

A Tabela 15, a seguir, apresenta a Regressão Linear da satisfação com as variáveis independentes: sexo, idade, estado civil, categoria profissional, tempo de trabalho em meses, pós-graduação e possuir outro vínculo empregatício.

Tabela 15 – Efeitos das dimensões variáveis socioeconômicas e sociodemográficas no trabalho, na dimensão da Satisfação pelo Método de Regressão Linear MQO (n=36)

Variável independente	MQO	
	Coefficiente β	p-valor
Idade	0,45	0,018
Sexo	-0,50	0,027
Estado Civil	0,26	0,129
Categoria Profissional	0,15	0,224
Tempo de trabalho em meses	0,00	0,015
Pós-graduação	0,64	0,214
Outro vínculo empregatício	-0,38	0,202

Fonte: a autora.

É possível observar na Tabela 16 que o fator idade ($p=0,02$) apresentou um p-valor significativo, de maneira que cada ano aumentado na idade diminuiu a satisfação em 0,5%. Em relação ao sexo ($p=0,03$), encontrou-se o p-valor também significativo, de maneira que as mulheres se mostravam mais satisfeitas que os homens em 2%.

Em relação ao estado civil ($p=0,13$), o p-valor não foi significativo. Porém, pessoas casadas/união de fato apresentavam-se mais satisfeitas em 2%. Em relação à categoria profissional ($p=0,22$), o p-valor não foi significativo, não havendo associação nessa categoria.

Avaliando o tempo de trabalho em meses ($p=0,02$), verificou-se um p-valor significativo. Apesar do pouco aumento, houve uma associação. Quanto maior o tempo de trabalho em meses, a satisfação apresentou-se mais positiva (0,003%).

Possuir pós-graduação ($p=0,21$) não apresentou p-valor significativo, porém quanto maior o nível de formação, o profissional apresentou-se mais satisfeito com o trabalho. É possível inferir, por meio das análises realizadas, que cada pós-graduação cursada aumenta em 0,5% o nível de satisfação.

Em relação à última variável independente em estudo, “possuir outro vínculo empregatício”, $p=0,20$, o p-valor também não se apresentou significativo. Porém, pode-se inferir que cada aumento de vínculo, diminuiu a satisfação com o trabalho, na APS, em 0,4%.

Em se tratando de vínculo empregatício, dados dessa pesquisa indicaram que a cada aumento de vínculo trabalhista, houve a diminuição em 0,4% da satisfação com o trabalho na APS. Albuquerque, Melo e Neto (2011) demonstraram que não houve relação com o aumento de vínculo e o desenvolvimento da síndrome de *burnout* e, conseqüentemente, geração de insatisfação com o trabalho, justificado pela identificação do profissional com o seu trabalho.

A questão elencada acima pode ser justificada pelo fato de que os profissionais relataram se sentir desvalorizados e bastante insatisfeitos com a questão salarial. A comparação entre os diferentes contextos laborais pode gerar maiores níveis de insatisfação.

6.4 Análise Qualitativa

A seguir, serão apresentados os dados **qualitativos da pesquisa**, relativos à satisfação dos trabalhadores com o processo de trabalho, desenvolvido em unidades de saúde da APS, nas categorias: demandas; apostas e desafios:

6.4.1 Satisfação nos processos de trabalho

- **DEMANDAS**

A Categoria Demandas refere-se às necessidades que foram observadas pelos profissionais e citadas em sua maioria, apresentando questões que chamaram a atenção por terem sido mencionadas diversas vezes, como uma urgência referida pelos entrevistados.

No que diz respeito à sintonia para a execução do trabalho, os profissionais apontaram a necessidade de **compartilhamento de saberes**, haja vista que o trabalho em equipe faz a diferença a partir do momento em que seus membros são capazes de respeitar as opiniões e decisões uns dos outros.

“A equipe é muito afinada. Tudo que eu preciso eles me dão, arrumam tudo direitinho pra mim. Aqui o prontuário é todo certinho. Se o médico anotar tudo certinho e o médico vier dizendo: ”ele está passando mal”, você tem a sequência toda do paciente. Às vezes eu preciso contar com a ajuda de outros colegas. Se o outro colega também for humano, ele me ajuda” (MED7)

“Eu não trabalho sozinho, eu tenho sempre alguém comigo. Então a gente distribui o trabalho e não fica pesado pra ninguém” (TEC3)

“Eu falo isso, não aqui na minha equipe, mas aqui no intermunicipal, que é a conexão né? É entre o trabalho, com o outro PSF. Porque o outro PSF não é muito bom pro povo né?” (MED3)

“Porque a gente pega o paciente, e a maioria passou medicamento controlado aqui, e não precisa. Entendeu? Essa é a insatisfação que eu tenho, e eu não posso fazer nada.” (MED3)

“Divisão de trabalho. Assim.. cada dia a pessoa tem uma utilidade (...)Porque aí gente faz. Ai tendo essa, essa separação acho que diminui um pouco a sobrecarga” (TE8)

Milanez *et al.*, (2018) e Nascimento, Quevedo e Oliveira (2017), em concordância com os dados deste estudo, observaram que os profissionais reconhecem a importância do trabalho em equipe, bem como a boa relação entre os membros da equipe, a fim de buscar maior satisfação com o trabalho, menor sobrecarga e melhor cuidado prestado aos usuários. Assim, os participantes da presente pesquisa indicaram o compartilhamento dos saberes como uma demanda necessária, de maneira que a equipe trabalhe de forma interdisciplinar.

- **APOSTAS**

Essa categoria aborda a execução de atividades pelos profissionais, assim como as relações existentes entre eles numa linha de trabalho, em que a cooperação se faz necessária, visando à qualidade do cuidado a ser oferecida aos usuários. A categoria ressalta as atitudes e rotinas que podem fazer a diferença, influenciando na sobrecarga e satisfação com o trabalho, na visão dos profissionais.

O serviço foi apontado pelos profissionais como satisfatório em relação à **autonomia para a tomada de decisões**, sendo que relataram a gestão como facilitadora desse processo, a partir do momento em que as decisões a serem tomadas eram respeitadas e incentivadas, como indicam as falas a seguir:

“Eu tenho autonomia pra fazer o que eu quero fazer. Trabalhei em prefeituras que o secretário de saúde me ouvia: “O que você quer fazer. O que você acha? Eu preciso dessa meta. Você que vai caminhar para alcança-la.” Então, não tem autoritarismo: “vai fazer assim !não!” “o que você acha? No que você me ajuda?” Entendeu? E assim, a população com os funcionários e a equipe em si. Aqui todos se dão bem!”(D1)”

“Em relação à administração, deixa a gente ser muito responsável pelo setor, então a decisão que eu tomo aqui ele não interfere. Então acho que essa liberdade que a gente tem isso favorece muito, porque ele não fica influenciando, não fica assim, então ele te delega e te da autonomia pra resolver. E eu acho isso muito importante, porque ele confia na gente né? (ENF3)”

Ferreira e colaboradores (2015) indicam que a tomada de decisões no âmbito da APS é pautada em diversos princípios éticos que orbitam entre níveis individuais e morais, sendo, dessa forma, a atitude moral intransferível e um processo de construção diária (FERREIRA *et al.*, 2015).

A gestão sendo facilitadora e incentivadora dos processos de tomada de decisão amplia as possibilidades éticas, expandindo as soluções do cotidiano. Ferreira e colaboradores (2015) retratam ainda que essa postura é favorável à efetivação e confirmação dos princípios da APS, uma vez que possibilita a emancipação de todos os indivíduos envolvidos no processo, sejam eles profissionais da saúde, ou usuários do sistema (FERREIRA *et al.*, 2015).

A **satisfação com a gestão** foi relatada como uma troca, na qual os profissionais se sentiam motivados e incentivados quando necessitava de apoio, como exemplo, para incentivo

a dar continuidade aos estudos. Relataram que a gestão se mostrava sensível quanto ao incentivo e fornecimento de meios possíveis na busca de seus objetivos além do trabalho.

“O fato de eles liberarem a gente para sair é trabalhar até 3 horas da tarde, para beneficiar a questão do estudo. Isto foi uma coisa que me deixou muito satisfeita. Então, isso é uma coisa que eu sempre falo, pois me ajudou muito, me deixou satisfeita e me deixa. Eu sei que se eu precisar, porque eu pretendo continuar meus estudos, sei que aqui posso ter isso. Então, é uma coisa muito bacana!”(ACS1)

“O secretário de saúde te ouviu: “que que você quer fazer, que que você acha? Eu preciso dessa meta. Você que vai caminhar até ela.” Então não tem autoritarismo” (D)

“Assim, a equipe aqui é muito boa, a nossa chefe (...) é mais diálogo não é aquela pressão.” (TE5)

“(...) a Enfermeira ajuda muito como chefe” (TE1)

Nesse estudo, a gestão foi apontada pelos participantes como facilitadora dos processos e promotora de autonomia, uma vez que os profissionais que atuavam na linha de frente do cuidado eram capazes de identificar as reais necessidades dos serviços a serem desenvolvidos.

No estudo de Trindade e Pires (2013), os entrevistados relataram ter liberdade para a organização e a distribuição das atividades, o que denotou autonomia, facilitando o desenvolvimento das ações necessárias. No entanto, a gestão como dificultadora dos processos foi apontada, uma vez que os profissionais não tinham autonomia para a execução das atividades e tomada de decisões, o que tornava o trabalho menos prazeroso, mais complexo e gerador de maior carga de trabalho (TRINDADE; PIRES, 2013).

Em complementação, Bran, Antunes e Fontana (2010) alegaram que a gestão pode tornar o trabalho gerador de insatisfação à medida que impossibilita a continuidade das ações em saúde, afetando diretamente a resolubilidade das demandas dos usuários por parte dos trabalhadores.

O trabalho do profissional da APS deve se desenvolver na perspectiva do cuidado integral, pois é necessário enxergar o usuário além de suas necessidades fisiológicas. O bom relacionamento faz com que os profissionais se sintam cada vez mais motivados e impulsionados a buscar um bom relacionamento no ambiente de trabalho.

A **satisfação do usuário** faz com que os profissionais busquem solucionar os problemas, desde biológicos aos psicossociais, visando à resolução de demandas na perspectiva da realidade individual.

“É muito bom quando você chega e arruma um medicamento pra pessoa, pois principalmente aos hipertensos e diabéticos a gente faz um acompanhamento melhor. Aí você arruma o remedinho dele, mas tem muitos que nem tomam. Parece que não estão nem aí. Mas é muito bom quando você chega, você vê que está tomando os remédios direitinho, que você pode ajudar aquela pessoa. Que você resolveu um problema pra ela, que às vezes achava que não teria solução, mas você conseguiu resolver e isso é muito bom. Eu gosto muito!” (ACS4)

“Ah! A gente vê que as pessoas se sente agradecida sabe? Pela é muita gente que e eu sei que gosta de mim, por eu tá ajudando.” (ACS 7)

“Então a satisfação dele é.. é por eles que eu trabalho, eles é que me paga, então é.. eu acho assim, que a satisfação é nessa parte” (ACS 10)

“É eu fico satisfeita assim, quando vem uma pessoa te agradecer sabe?” (ACS 12)

“Assim.. o carinho que a gente recebe, quando você vê que o paciente tá evoluindo bem por uma, um cuidado que você prestou, isso deixa a gente satisfeito.” (E3)

“Quando eu consigo resolver um casos desses carente. Quando eu consigo fazer a pessoa enxergar que dá para resolver o problema. Fazer a pessoa enxergar o norte.” (MED 1)

“Eu me realizo aqui porque eu acho que eu to sendo útil. Porque a dificuldade que esse pessoal teria pra conseguir consulta mais especializada, fora daqui seria com muita dificuldade.” (MED5)

Com relação à satisfação dos usuários, essa foi referida como impulsionadora da resolução de problemas e melhoria na busca da integralidade do cuidado, uma vez que os usuários reconheciam o trabalho e os esforços dos profissionais, tornando-o assim, mais prazeroso. Esse reconhecimento tido como uma aposta para melhorias no trabalho.

Fadel et al (2008) e Brand, Antunes e Fontana (2010) referem que a gratidão e a confiança dos usuários são fortemente relevantes para a maior satisfação dos profissionais com o trabalho e desenvolvimento de suas funções, pois ao serem ouvidos pelos usuários, produzem resultados mais positivos.

Na busca pela satisfação do usuário com o cuidado ofertado, os profissionais apontaram a busca pela **integralidade do cuidado**, tornando a atenção aos usuários integral, de forma como eram abordados os cuidados, as necessidades e a busca por soluções.

“A gente faz visita nas casas, a gente bate papo entendeu? Fala sobre a saúde também, como que está, se está precisando de alguma coisa, em relação a atendimento médico e de dentista, se tá sendo bem atendido. Principalmente na minha área que é de idosos, a maioria é idosos, então carece um pouquinho mais de atenção. Então, é difícil conseguir atender todo mundo, sim, eu estou fazendo a minha parte.” (ACS6)

Carnut (2017) ressalta a importância da articulação do processo de produção de saúde na APS, uma vez que o essencial é o ser humano ser resgatado como foco das práticas de cuidado. O autor aponta ainda que a clínica ampliada e o acolhimento são estratégias que corroboram para a prática integral do cuidado.

A prática do acolhimento, por meio da escuta e do diálogo, é a estratégia norteadora da organização do trabalho na APS. Os sentimentos de vínculo e compromisso estimulam a integralidade do cuidado, marcados pela intersectorialidade e interdisciplinaridade (SANTOS *et al.*, 2018).

Entretanto, é possível perceber que os profissionais priorizam as doenças crônicas como diabetes e hipertensão, o que torna o cuidado fragmentado e mais distante do cuidado integral. É possível perceber ainda que há um distanciamento das demandas psíquicas em geral desses usuários por parte dos profissionais.

“pois principalmente aos hipertensos e diabéticos a gente faz um acompanhamento melhor”
(ACS 4)

- **DESAFIOS**

Os desafios constituíram a categoria que mais prevaleceu nas falas dos profissionais. Essa categoria ressalta as principais dificuldades vivenciadas pelos entrevistados, representadas pelos fatores desencadeadores de sobrecarga e insatisfações com o trabalho.

A **sobrecarga de trabalho** física (não psíquica, a ponto de se desenvolver sofrimento moral) foi apontada como reflexo de demanda excessiva de atividades, bem como o acúmulo das mesmas e multifunção.

“É você conseguir contratar funcionários que atendam à demanda que o serviço tem. Não uma pessoa fazendo diversas coisas, tapando buracos, como acontece aqui” (ACS5)

“Então eles pedem demais. Pedem demais. Então fica bem sobrecarregado porque eu tenho que é.. receita, eu tenho que tá vendo data, separando...” (ACS 13)

“Eu ficaria com uma área só. Daria oportunidade pra outra pessoa trabalhar e fazer a outra área. Porque tá sobrecarregando já.” (TE10)

“A menina (...) da secretaria, (...) ficou de férias, então tipo assim (...) joga a gente num setor que não é da gente (...). A gente não consegue tirar as fichas, aí tá demorando, é isso que sobrecarrega.” (TE5)

“Então do jeito que seria, seria pra eu atender só consulta clínica. Ne? Só que além de atender a consulta clínica, (...) eu acabo atendendo a parte de pequenas cirurgias (...) e atendo crianças, porque a pediatria tem os dias que ela não vem.” (MED7)

“É.. a gente faz serviço de dengue, e as vezes tem campanha pra fazer, tem visita pra fazer, tem levantamento de índice de alguma coisa pra fazer, e tudo fica pela metade. É impossível de terminar.” (ACS 11)

Há relatos de que, na ausência de profissionais, outros são desviados de suas funções ou alocados em diversos serviços simultâneos, dificultando ainda mais a execução do trabalho com qualidade, além de gerar sobrecarga. Verificou-se a premência de contratação de profissionais para integrarem as equipes.

“[...]Por exemplo, teve a questão da Dengue, a eles nos colocaram pra catar lixo na rua. Ai eu acho que desvia a gente um pouco do que realmente é a nossa parte[...]não que colocou em outra função, mas acaba que é isso. Nosso serviço nos sobrecarrega na questão de preocupação com a outra pessoa, aí quando nos desvia pra outra coisa, isso acaba que nos sobrecarrega (ACS 8)”

“Não ter outras funções para não sobrecarregar” (ACS 1)

“É cobrar daquele técnico, não cobrar de um só. Entendeu? Por mais que eles não cobram de mim, eles falam comigo como se fosse minha função.” (TE 11)

“Sempre divide também, o trabalho. Oh (...) cada um né? Na sua função.” (TE4)

A **desvalorização profissional** foi observada em relatos de profissionais acerca da dificuldade de relacionamento com os usuários, na qual o excesso de demanda, aliado à ausência de reconhecimento, faz com que os profissionais se sintam desmotivados, conforme o conteúdo das falas abaixo:

“As pessoas idosas que tenho na minha área, com hipertensão e diabetes, são muitos depressivos, e por isso tomam pelo menos algum tipo de remédio controlado. São mais da metade das pessoas. E isso preocupa bastante sabe? Porque eu sabia que tinha muitas pessoas, mas quando você coloca no pape, vê a quantidade realmente. É absurdo! [...]Você pode fazer o máximo que puder para as pessoas, mas se você não ser e conhecer, se você não se valorizar, ninguém faz isso. Então, é isso! As pessoas acham que você é obrigado a fazer, as pessoas reclamam de coisas que você não tem poder. Para trabalhar numa unidade do SUS a gente precisa do outro, pra estar lhe apoiando. E se não ocorrer aquele apoio, se não tiver apoio, nada funciona” (ACS11)

“Primeiro meu salário né?” (TE5)

“esse carnaval, eles põe um médico, o médico põe o valor que for, eles pagam e o médico e não dá a condição da gente trabalhar. Porque o salário, a gente trabalhar insatisfeita com o trabalho, querendo ou não (...). Assim.. não tem a gente não tem valor, a vista, tipo assim, de prefeitura.” (TE5)

“Talvez melhoraria o salário né? Pra estimular um pouco mais não só eu, mas muitos companheiros de trabalho.” (TE3)

“Acho que a gente tinha que ter um reconhecimento bem maior, (...) mas os nossos superiores, responsáveis, no caso, a prefeitura é pelos pagamentos não tem tanto.” (TE3)

A desvalorização profissional, insatisfação salarial e ausência de tecnologias de trabalho foram citadas diversas vezes pelos entrevistados, relacionadas à maior sobrecarga e conseqüente insatisfação laboral, como reflexo de demandas excessivas.

Rosa, Bonfanti e Carvalho (2012) apontam que os profissionais da categoria Agente Comunitário de Saúde, além de se mostrarem insatisfeitos profissionalmente, demonstraram também que a incapacidade de resolver determinados problemas da comunidade os levava à frustração e à falta de reconhecimento pelo trabalho exercido, resultando, desse modo, em baixa realização pessoal.

No presente estudo, em se tratando de insatisfação com o trabalho, os Agentes Comunitários de Saúde elencaram a ausência de tecnologia de trabalho. Cabe ressaltar que para

esses profissionais é exigido o nível médio de formação, mas no presente estudo observou-se que muitos deles possuíam nível superior. Os profissionais não se sentiam motivados e valorizados por serem qualificados, o que também resulta em insatisfações com o trabalho. A desvalorização profissional era causadora de estresse e dificultadora dos processos de trabalho.

O plano de carreira é algo essencial a ser desenvolvido para os profissionais da saúde. É preciso valorizar suas qualificações, mesmo aquelas vão além das exigências do cargo em questão. É necessário valorizar os profissionais pelo tempo de trabalho e todo o desgaste emocional que sofrem no decorrer dos anos trabalhados no serviço.

Além disso, os profissionais discorreram sobre a dificuldade de organização dos dados coletados devido à ausência de recursos disponíveis, haja vista que o uso da tecnologia agiliza os processos e, conseqüentemente, gera mais satisfação com o trabalho.

“Já ouvi boatos que tem como fazer tudo digitalmente, praticamente falando[...]alguns lugares já oferece o tablet. Você faz a visita e não tem aquele trabalho de ter que passar para o papel, pois tudo à mão. É.. e o que facilita a gente nesse serviço até então, é que a gente tem um caderninho onde anota todos os problemas de saúde que a pessoa tem. É uma forma de organizada de poder trabalhar onde a gente tem pouco recurso” (ACS11)

“Eles tem hora que eles dão muito pouco condição pra gente trabalhar.” (TE5)

Com relação à questão salarial, essa foi a mais apontada pelos participantes como a maior geradora de insatisfação e desvalorização profissional. Os profissionais sinalizaram sentirem-se desvalorizados financeiramente e fizeram comparações com serviços da APS de cidades vizinhas ao município participante, onde os profissionais tinham condições salariais muito melhores. Cabe ressaltar que todas as categorias profissionais, no decorrer das entrevistas, citaram a questão salarial como uma barreira para a completa satisfação com o serviço e valorização profissional.

“[...]a questão salarial, porque eu acho discrepante. O salário daqui está super inferior aos que a gente vê. Às vezes vou a alguma reunião na regional de saúde e converso com outros enfermeiros da área e sempre sai essa discussão. Às vezes alguns reclamam da rotina, reclamam disso ou daquilo e eu pergunto: mas quanto você ganha? Ah! 4 mil e pouco reais. Então, eu falo: Não reclama não! Estou ganhando líquido R\$1800! Aí eu acho que é

discrepante! Se tivesse um piso salarial seria o ideal. Porque são municípios pequenos igual o nosso e não dá pra entender o porquê dessa discrepância de diferença de salário” (ENF2)

“Primeiro meu salário, porque eu acho que.. não só falando de dinheiro, mas acho que eles podiam melhorar um pouco.” (MED4)

A questão salarial, como a maior geradora de insatisfação dos entrevistados, foi apontada como uma limitação no trabalho, como em outros estudos, pois à medida que o profissional se sente desvalorizado, passa a não se empenhar no trabalho e se torna desmotivado a capacitar-se e buscar formação complementar (COSTA *et al.*, 2012)

Nos estudos de Mercês *et al.*, (2016) e Fadel *et al.*, (2008) prevaleceram os resultados de profissionais que recebiam renda mensal média de dois salários mínimos. Tal fato pode ser justificado pela exigência de baixo nível de formação dos profissionais atuantes na APS, considerando que agentes comunitários e auxiliares e técnicos de Enfermagem representam maior contingente de recursos humanos nas equipes. No município em estudo, há de se considerar a economia e baixa de produção.

Um elemento que os profissionais indicaram como dificultador foi a fragmentação do **trabalho em rede de atenção à saúde**, visto como uma impossibilidade de continuidade do cuidado, limitando a oferta do cuidado necessário aos usuários.

“Se tivesse uma fórmula mágica de sensibilização, não só do servidor público de modo geral, em relação a cada funcionário e cada setor... E a população sobre o serviço que hoje é oferecido que é com a proposta de prevenção e promoção da saúde, não mais o hospital, o médico, a doença né? a.. incidência de doenças preveníveis, que a gente vê claramente que poderia ter sido mudado há muito tempo. E essa dependência né? De um medicamento, dependência do médico, que eu acho que a equipe de saúde da família, essa proposta já poderia ter sido mudada. E ainda não.. então eu acho que seria essa sensibilização de todos em relação ao que é hoje né? Tudo mudou e a população ainda continua não” (ENF2)

O uso do cartão SUS digitalizado e informatizado é um dispositivo que poderia facilitar o trabalho, empregando-se por exemplo uma Plataforma *online* para referenciamento dos usuários em toda a Rede de Atenção à Saúde. Desse forma, o usuário poderia acessar toda a rede e seria possível a implementação da referência e contrarreferência pelas unidades de saúde.

A ausência de tecnologias no trabalho e a precariedade de insumos básicos para o funcionamento das unidades reforçam a insatisfação dos profissionais, comprometendo a qualidade da atenção aos usuários (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009; LIMA; *et al.*, 2014; ROCHA *et al.*, 2013; SANTOS; VARGAS; REIS, 2014).

Uma outra questão destacada que contribui para a fragmentação do cuidado, expressada por uma participante, foi acerca da conduta de alguns profissionais que não estava alinhada à conduta dos demais para o enfrentamento dos problemas no cotidiano laboral.

“Tem que ter uma avaliação. Não só pela parte médica, tem que ser uma avaliação bem feita. Que a pessoa pode está deprimida, ou pode evitar que a pessoa adoça. Essa é a minha insatisfação com o trabalho. Quando eu vim para o Brasil, no Mais Médicos, eu falei que não é um trabalho que depende só de mim, por exemplo, se eu for renovar uma receita. Se vem a receita carimbada, por outro médico eu questiono o diagnóstico. Porém, não é assim com o paciente, se foi corretamente avaliado, se foi corretamente indicado. Então essa é a minha insatisfação. Porque a gente pega o paciente, e a maioria passou medicamento controlado aqui, e não precisa” (MED3)

O fator de sobrecarga física/mental, ou seja, **tensão emocional**, é resultante de desgaste emocional. Os participantes do estudo indicaram que, além das dificuldades enfrentadas no serviço, sentiam ligação com os usuários e suas demandas, que algumas vezes estavam além do alcance, fator este agravador do sofrimento mental.

“Eu saio daqui parecendo uma laranja chupada! Talvez não seja sobrecarga de atendimento só, mas o desgaste emocional é muito grande, pois o povo aqui é muito carente de dinheiro, de tudo. O povo aqui é muito carente...como que eu falo? De dinheiro, de afeto, de carinho. Um dia eu falei pra uma agente: não agenda esse, esse e esse paciente no mesmo dia não, senão eu fico mal! Tem muita coisa que a gente não consegue resolver” (MED1)

“Então assim.. isso tem dias que realmente estressa a gente porque a gente acaba, como a gente conhece todo mundo, a gente nasceu aqui, a gente acaba entrando em coisas que não é da gente.” (TE5)

“A gente não fica sobrecarregada é.. tipo assim, fisicamente, mais emocionalmente, fisicamente não..” (TE5)

Ademais, a tensão e o desgaste emocional foram elencados pelos profissionais como um desafio a ser superado no dia a dia de trabalho. É preciso que os profissionais se sintam seguros e não se sintam ameaçados pelos usuários, uma vez que esses trabalhadores presenciam situações diversas e complexas em seus cotidianos laborais, como casos de violência e abusos. É preciso ainda uma forte estrutura emocional, haja vista que os profissionais atuantes na APS vivenciam situações de vulnerabilidade social e miséria. Estas condições afetam a dinâmica e o cotidiano de trabalho (KANNO; BELLODI; TESS, 2012; SANTOS; DAVID, 2011).

As cargas psíquicas relatadas como geradoras de tensão foram o medo de agressão física, desgaste mental, agressões verbais e assédio sexual. A constante atenção às ameaças e ao medo vivenciado no ambiente de trabalho causa esgotamento emocional, fazendo com que os trabalhadores vivenciassem maior sobrecarga psíquica (SOUZA *et al.*, 2015).

Não obstante, os resultados favoráveis à sobrecarga e satisfação com o trabalho podem estar relacionados à forma como a gestão municipal exercia o seu papel e possibilitava aos profissionais terem autonomia para tomada de decisões, uma vez que esses estavam na linha de frente do cuidado e mais atentos às reais demandas dos usuários. Azevedo, Nery e Cardoso (2017) discorrem em seu estudo que o apoio da gestão é fator primordial para os profissionais desempenharem um serviço de qualidade.

Os participantes demonstraram-se dispostos a buscar o melhor para os usuários, de acordo com as respostas obtidas nas perguntas abertas relacionadas à sobrecarga e satisfação com o trabalho, como as especificidades dessa clientela. Ressalta-se, assim, a relevância da necessidade da integralidade do cuidado a fim de potencializar as práticas efetivas de cuidado em APS, assim como a busca da apropriação de tecnologias inovadoras assistenciais.

Ressalta-se que apesar de baixa sobrecarga e alta satisfação com o trabalho, a maioria dos profissionais relataram a sensação de desvalorização profissional vinculada à questão salarial, uma vez que se sentiram desvalorizados diariamente por esse fato.

Dessa forma, é necessário que a gestão revise, de forma justa e holística, a valorização desses profissionais que atuam na linha de frente do cuidado e lidam diariamente com diversos tipos e cenários de usuários, e que precisam ser valorizados a fim de melhorias na Rede de Atenção à Saúde sejam obtidas.

7 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados apresentados na seção anterior, conclui-se que:

- O perfil dos 36 profissionais atuantes na APS do município participante foi do gênero feminino, faixa etária entre 30 a 39 anos, carga horária semanal de 40 horas, salário entre 1-3 salários mínimos mensais, sendo que metade dos participantes possuía formação de nível médio e outra metade terceiro grau. Aproximadamente um terço dos participantes cursaram uma pós-graduação;
- Prevaleceu entres os participantes a categoria Agente Comunitário de Saúde, seguido de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;
- O grau de sobrecarga de trabalho dos profissionais atuantes na APS do município foi baixo, caracterizado por baixa exaustão emocional, baixa despersonalização e alta realização pessoal;
- O grau de satisfação com o trabalho dos profissionais atuantes na APS do município revelou-se entre “indiferente” e “satisfeito”, de modo que a maior satisfação dos participantes observada foi em relação à “Satisfação Intrínseca no Trabalho” e a menor satisfação dos participantes em relação à “Satisfação com o Ambiente Físico de Trabalho”;
- Observou-se que o aumento da idade e aumento de vínculo empregatício diminuem o grau de satisfação dos profissionais atuantes na APS do município, ao correlacionar as variáveis de estudo. Entretanto, pôde-se verificar que o estado civil (casados/união de fato), aumento do tempo de trabalho em meses e maior nível de formação possibilitaram o aumento no grau de satisfação dos profissionais atuantes na APS do município;
- Em concordância com os dados quantitativos, os dados qualitativos ressaltaram a sobrecarga de trabalho resultante de demandas excessivas, mas, apesar disso, os profissionais expressaram-se satisfeitos com o trabalho e execução das tarefas determinadas pela rotina laboral;

- Em adição, o conteúdo das falas dos participantes ressaltou a autonomia para tomada de decisões, bem como bom relacionamento com a gestão local, a satisfação e reconhecimento por parte dos usuários;
- Por fim, os resultados qualitativos revelaram o sentimento de desvalorização profissional, a insatisfação com a questão salarial em alto nível, a fragmentação do trabalho em rede e a tensão emocional dos profissionais atuantes na APS do município nas atividades desenvolvidas no dia a dia.
- Ressalta-se também a necessidade de atenção por parte da gestão para a adoção de estratégias que intervenham na redução da sobrecarga, com impacto na satisfação com o trabalho e qualidade de cuidado. Há uma necessidade de que as gestões municipais desenvolvam estudos para conhecer os profissionais atuantes nas equipes de APS, bem como o desenvolvimento de políticas públicas e financiamento que visem à promoção de bem-estar desses profissionais, que desenvolvem um trabalho de promoção à saúde, prevenção de condições de adoecimento, redução de danos e tratamento de agravos;
- O presente estudo visa contribuir para a melhoria no desempenho das atividades profissionais, bem como buscou levantar questões geradoras de sofrimento, trazendo assim, possíveis soluções para a resolução dos problemas desses profissionais que atuam nas equipes de APS;
- As limitações do estudo estão relacionadas ao pequeno porte do município, visto que, mesmo contando com participação de todos os profissionais de saúde do serviço de atenção primária, proporcionou um universo amostral diminuto. Dessa forma, os resultados encontrados podem não corresponder fielmente à realidade de todos os municípios;
- Ademais, o contexto regional de cidade pequena dificulta a impessoalidade dos entrevistados, visto que muitas vezes eles possuem vínculos pessoais com gestores municipais. Dessa forma, é possível que exista uma barreira na sinceridade, clareza e tranquilidade das respostas a serem fornecidas, criando um viés de informações.

REFERÊNCIAS

ABOUMATAR, H. J. *et al.* Towards high-reliability organising in healthcare: a strategy for building organisational capacity. **BMJ Quality & Safety**, v. 26, p. 663-670, 2017.

ALBUQUERQUE, F. J. B.; MELO, C. F.; NETO, J. L. A. Avaliação da Síndrome de Burnout em Profissionais da Estratégia Saúde da Família da Capital Paraibana. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 25, n. 3, p. 542-549, 2011.

ALONSO, F. G. **Síndrome de Burnout: manual de medidas preventivas e identificativas para aplicação pelo engenheiro de segurança do trabalho**. 2014. 36 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba. 2014.

ANDRÉ, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 41(esp), p.835-40. 2007.

ARAÚJO, M. F. S.; OLIVEIRA, F. M. C. A Atuação do Enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a Satisfação Profissional. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, n. 14, p. 3-14, 2009.

AUGUSTO, C. A. *et al.* Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2001). **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 51, n. 4, p.745-764, 2013.

AZEVEDO, B. D. S.; NERY, A. A.; CARDOSO, J. P. Estresse ocupacional e insatisfação com a qualidade de vida no trabalho da enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 1-11. 2017.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 4 ed. Lisboa: Ed. 70. 2011.

BERRETA, I. Q.; LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. **Cadernos de Saúde pública**, v. 27, n. 11, p. 2143-54, 2011.

BRAGA, L. C. **Síndrome do esgotamento profissional entre trabalhadores da rede básica de saúde de município do interior paulista**. 2012. 112f. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] – Faculdade de Medicina, Universidade do Estado de São Paulo, Botucatu, 2012.

BRAND. C. I.; ANTUNES, R. M.; FONTANA, R. T. Satisfações e Insatisfações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 40-7, 2010

BRASIL. **História da saúde pública no Brasil: Um século de luta pelo direito a saúde**. Rio de Janeiro, 2013. Color. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=SP8_FJc7YTta0>. Acesso em: 25 ago. 2018.

BRASIL. Lei nº 12,527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; Altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005 e dispositivos da Lei nº 8.159 de 8 de janeiro de 1991 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF: 2011.

BRASIL. Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) **Diário Oficial da União**: Brasília, DF: 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: Manual de procedimentos para os serviços de saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 114 – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

CAMPOS, A. G. Planejamento estratégico situacional na atenção básica: solucionando problemas e reinventando ações. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 22, n.3, p. 151-156, 2009.

CARDOSO, C. M. L. **Vivência do sofrimento moral na estratégia de saúde da família: visão dos profissionais**. 2015. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Propriedades psicométricas do Questionário de Satisfação no Trabalho (S20/23). **Psico-USF**, v. 13, n. 2, p.203-210, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S14138271200800020000_7&script=sciarttext. Acesso em: 27 abr. 2018.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde Debate**, v.41, n. 115, p.1177-1186, 2017

CARREIRO, G. S. P. *et al.* O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 146-55, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.14084>. Acesso em: 20 ago. 2018.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

CHOU, LI-PING; LI, CHUNG-YI; HU, S. C. Job stress and burnout in hospital employees: comparisons of diferente medical professions in a regional hospital in Taiwan. **British Medical Journal Open**, v. 4, p.1-8. 2014.

COLLINS, C. ARAUJO, J. BARBOSA, J. Decentralising the health sector: issues in Brazil. **Health Policy**. v. 52, p. 113–127. 2000.

COSTA, M. C. *et al.* Processo de trabalho de dos agentes comunitários de saúde: possibilidades e limites. **Rev Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 3, p. 134-140. 2012.

COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C. M. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

DAL-FARRA, R. A. LOPES, P. T. C. Métodos mistos de pesquisa em educação: pressupostos teóricos. **Nuances: estudos sobre Educação**. v. 24, n.3, p. 67-80, 2013.

DUARTE, M. L. C. BOECK, J. N. O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, n.3, p. 709-720, 2015

EVANGELISTA, A. I. B. PONTES, A. G. V. SILVA, J. V. SARAIVA, A. K. M. A saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: o olhar do enfermeiro. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, n. 12, p. 1011-1020, 2011.

FADEL, C. B. *et al.* Interesse e Satisfação Profissional se quem atua em equipes do Programa Saúde da Família no noroeste paulista. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 64-70, 2008.

FERNANDES, S. M. B. A. MEDEIROS, S. M. RIBEIRO, L. M. Estresse ocupacional e o mundo atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 414-427. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a13.htm>. Acesso em: 12 nov. 2018.

FERREIRA, D. C. *et al.* A Bioética na tomada de decisão na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 3, p. 479-485, 2015.

FOLKMAN, S. *et al.* Appraisal, coping, health status, & psychological symptoms. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 50, n. 3, p. 571-79. 1986.

FONTANELLA, B. J. B.; JÚNIOR, R. M. **Saturação Teórica em Pesquisas Qualitativas: contribuições psicanalíticas. Psicologia em Estudo**, v. 17, n. 1, p. 63-71, 2012.

FRACOLLI, L. A. EGRY, E. Y. Processo de Trabalho de Gerência: Instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde? **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Out, 2001.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. Atlas: São Paulo. 2012.

GOÉS, I. P. S. *et al.* Ocorrência da Síndrome de Burnout em enfermeiros das Unidades de Saúde da Família no município de São Sebastião do Paraíso – MG. **Revista de Iniciação Científica da Libertas**, v. 2, n. 1, p.65-82, 2012.

GOMES, M. F. P. MENDES, E. S. FRACOLLI, L. A. Qualidade de vida dos profissionais que trabalham na estratégia de saúde da família. **Revista de Atenção em Saúde**, v. 14, n. 48, p. 27-33, 2016.

HAIKAL, D. D. *et al.* Qualidade de vida, Satisfação e esforço/recompensa no trabalho, transtornos psíquicos e níveis de atividade física entre trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. **Revista de Atenção Primária em Saúde**, v. 16, n. 3, p. 301-312, 2013.

HAYES, B.; DOUGLAS, C.; BONNER, A. Work environment, job satisfaction, stress and burnout among haemodialysis nurses. **Journal of Nursing Management**, v. 23, n. 5, p. 588-98, 2015.

KADDOURAH, B. T. *et al.* Factors impacting job satisfaction among nurses from a tertiary care centre. **Journal of Clinical Nursing**, v. 22, n. 21, 2013.

KANNO, N. P. BELLODI, P. L.; TESS, B. H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 4, p. 884-894, 2012.

LEAL, R. M. A. C.; BANDEIRA, M. B.; AZEVEDO, K. R. N. Avaliação da qualidade de um serviço de saúde mental na perspectiva do trabalhador: satisfação, sobrecarga e condições de trabalho dos profissionais. **Psicologia: teoria e prática**, v. 14, n. 1, p. 15-25. 2012.

LERNER, N. *et al.* Job Satisfaction of Nursing Assistants. **The Journal of Nursing Administration**, v. 41, n. 11, p. 473-478, 2011.

LICO, F. M. C. *et al.* Percepção de gerentes sobre o papel gerencial em unidades básicas de saúde após capacitação na região sul da cidade de São Paulo. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 1, p. 78-90, 2005.

LIMA, E. F. A. *et al.* Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 24, n.1, e9405, 2016.

LIMA, L. *et al.* Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 17-24, 2014

MAFFEI, S. A. F. **A criação do cargo de gerente na estratégia da saúde da família: o caso do município do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: Biblioteca de Saúde Pública; 2011.

MAISSIAT, G. S. *et al.* Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. **Rev Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 2, p. 42-9, 2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MARK, G.; SMITH, A. P. Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. **British Journal of Health Psychology**, v. 17, n. 3, p. 505–521. 2012.

MARTINS, L. F. *et al.* Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4939-4750, 2014.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **Journal of Occupational Behavior**, v. 2, p.99-113. 1981.

MASLACH, C.; JACKSON, S.; LEITER, M. **Maslach burnout inventory manual**. 3ª ed. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press, 1996.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job burnout. **Annual Review Psychology**, v. 52, p. 397-422, 2001.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B. The future of Burnout. *In*: SCHAUFELI, W. B.; MASLACH, C; MAREK, T. (Eds.), **Professional burnout: Recent developments in theory and research**. New York: Taylor & Francis, 1993, p. 253-259.

MELIÁ, J. L., PEIRÓ, J. M.; CALATAYUD, C. El cuestionario general de satisfacción en organizaciones laborales: estudios factoriales, fiabilidad y validez. **Millars**, XI, p. 43-77, 1986. Disponível em: https://www.uv.es/melajl/Research/Art_Satisf/ArtS10_12.PDF. A

MELLO, M. T. **Trabalhador em turno: fadiga**. Belo Horizonte: Editora Atheneu; 2013.

MELO, R. C.; MACHADO, M. E. Coordenação de unidades de saúde da família por enfermeiros: desafios e potencialidades. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 4, p. 61-67, 2013.

MELO, E. E; *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**. 42(1):p38-51, Rio de Janeiro, set. 2018

MENDES-GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: HUCITEC, 1994. 278 p. (Saúde em Debate, 76).

MERCES, M. C. *et al.* Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem da atenção básica à saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p.1-9, 2016.

MIELKI, A. C. **Descentralização com foco em características regionais é saída**. Revista eletrônica do centro de estudos da Metrópole. **São Paulo, 2009**.

MILANEZ, T. C. M. *et al.* Satisfação e insatisfação na Estratégia Saúde da Família: potencialidades a serem exploradas, fragilidades a serem dirimidas. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 26, n.2, p. 184-190, 2018.

MINAYO, M. C. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MISHIMA, S. M. *et al.* **Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública**. *In*: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.). O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez, 1997. cap. 8, p. 251-296.

MORAIS, M. P. *et al.* Satisfação no trabalho de enfermeiros em um hospital universitário. **Revista de Enfermagem UFSM**, v. 6, n. 1, p. 1-9, 2016.

MOREIRA, D. S. *et al.* Prevalence of burnout syndrome in nursing staff in large hospital in South of Brazil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 25, n. 7, p. 1559-1568, 2009.

MORENO, F. N. *et al.* Estratégias e intervenções na Síndrome de Burnout. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 19, n. 1, p. 140-145. 2011.

NAHAS, T. Descentralização: um princípio do SUS. **Revista Eletrônica do centro de estudos da Metrópole**, São Paulo, 2009.

NASCIMENTO, D. D. G.; QUEVEDO, M. P.; OLIVEIRA, M. A. C. O prazer no trabalho no núcleo de apoio à saúde da família: Uma análise dejouriana. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.26, n.1, p. 2-9, 2017.

NETO, F. R. G. X.; SAMPAIO, J. J. C. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 6, p. 687-95, 2007.

PARANHOS, R. *et al.* Uma introdução aos métodos mistos. **Interface Sociologias**, v.18, n. 42, p. 384-411, 2016.

PEREIRA, M. O.; SANTOS, C. F.; GONÇALVES, A. M.; VILLA E. A. A teoria geral de Orem como referencial teórico para a intervenção de enfermagem no campo da saúde mental. In: Leandro Andrade da Silva; Iraci dos Santos. (Org.). Cuidar em Enfermagem e Saúde Mental. **Aspectos Históricos, Fundamentos Para o Cuidar e Saúde Mental Infanto-Juvenil**. 1ed.Curitiba - Paraná: Appris, 2017, v. 1, p. 229-250.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Artmed, 2006

RIBEIRO, R. P. *et al.* O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 495-50. 2012.

RENNER, J. S. *et al.*, Qualidade de vida e Satisfação No Trabalho: A percepção dos técnicos de enfermagem que atuam em ambiente hospitalar. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.18, n. 2, p. 440-446, 2014.

ROCHA, A. A. *et al.* Motivação dos profissionais para o ingresso e permanência na Estratégia Saúde da Família. **Revista APS**, v.16, n.3, p. 269-277, 2013.

ROSA, A. J. BONFANTI, A. L. CARVALHO, C. S. O Sofrimento Psíquico de Agentes Comunitários de Saúde e Suas Relações com o Trabalho. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n.1, p.141-152, 2012.

SANTANA, F. R. *et al.* Ações de saúde na estratégia saúde da família no município goiano na perspectiva da integralidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.15, p.422-9, 2013.

SANTOS, D. D. *et al.* Processo de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.3, p.861-870, 2018.

SANTOS, C. F. **Graus de satisfação com o processo de trabalho, sobrecarga laboral e atitudes de enfermeiros em serviços comunitários de atenção aos usuários de substâncias psicoativas: estudo correlacional**. 2017. 141 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

SANTOS, L. F. B.; DAVID, H. M. S. L. Percepções do estresse no trabalho pelos Agentes Comunitários de Saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, v.19, n. 1, p. 52-7, 2011.

SANTOS, I. E. R. VARGAS, M. M. REIS, F. P. Estressores laborais em agentes comunitários de saúde. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, v.14, n.3, p.324-35, 2014.

SBISSA, A. P.; NONIE, N.; SBISSA, A. S. A relação entre satisfação no trabalho com a saúde do trabalhador: um estudo em uma cooperativa de crédito. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.46, n. 3, p.147-159, 2017.

SILVA, S. C. P. S. *et al.* A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3011-3020, 2015.

SILVA, T. R.; MOTTA, R. F. A percepção dos usuários sobre a política de saúde na atenção básica. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 23, n.2, p.17-25, 2015.

SILVEIRA, A. L. P. *et al.* Síndrome de *Burnout*: consequências e implicações de uma realidade cada vez mais prevalente na vida dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 14, n. 3, p.275-84. 2016.

SILVEIRA, S. L. M.; CÂMARA, S. G.; AMAZARRAY, M. R. Preditores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde na Atenção Básica de Porto Alegre/RS. **Cadernos Saúde Coletiva**, v.22, n.4, p.386-92, 2014.

SIMÕES, A. R. O agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família: fatores de sobrecarga de trabalho e estresse. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v.2, n.1, p.6-21, 2009.

SIQUEIRA, V. T. A.; KURCGANT, P. Job Satisfaction: a quality indicator in nursing human resource management. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 151-157, 2012.

SOLLA, J. J. S. P. **Dilemas e Desafios da Gestão Municipal do SUS**. 1ª ed. Hucitec. 2010.

SOUZA, I. A. S. *et al.* Processo de trabalho e seu impacto nos profissionais de enfermagem em serviço de saúde mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.28, n.5, p.447-53, 2015.

SUEHIRO, A. C. B. *et al.* Vulnerabilidade ao estresse e satisfação no trabalho em profissionais do programa de saúde da família. **Boletim de Psicologia**, v. 58, n. 129, p.205-218. 2008.

SUMAR, N.; FAUSTO, M. C. R. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. **Journal of Management and Primary Health Care**, v.5, n. 2, p. 202-212, 2014.

TAMBASCO, L. P.; *et al.* A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. **SAÚDE DEBATE**, n41:140-151, jun, Rio de Janeiro. 2017.

TAMBASCO, L. P; *et al.* Satisfação e insatisfação no processo de trabalho de enfermeiros que atuam na atenção primária. **Rev. Saúde e Debate**. V.41:p140-151, Rio de Janeiro, jun. 2017.

TENANI, M. N. F; *et al.*, Satisfação Profissional dos trabalhadores de enfermagem recém admitidos em hospital público. **Rev Min Enferm**. 18(3): 585-591, jul/set. 2014

TRINDADE, L. L. PIRES, D. E. P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm**, 22(1):p36-42, Florianópolis. 2013

ZAVALA, M. O. Q. KLINKN, T. M. P. Calidad de vida en el trabajo del equipo de enfermeira. **Rev. Bras Enferm**. 64(2):302-5, 2014.

ZHANG, A.; TAO, H.; ELLENBECKER, C. H.; & LIU, X. Job satisfaction in mainland China: Comparing critical care nurses and general Ward nurses. **Journal of Advanced Nursing**. vol. 69, n. 8, p. 1725-1736. 2012.

1. Identificação

1.1 - Data de Nascimento:

1.2 - Idade:

1.3 – Sexo: ()F ()M

1.4 - Estado civil: () Solteiro () Casado ou União de facto () Divorciado () Viúvo

1.5 - Categoria profissional:

1.6 - Tempo de atuação na APS:

1.7 Em outra modalidade de serviço de saúde:

2. Formação

2.1 - Grau de Formação: () EF () EM () ES

2.2 - Tempo de formação:

2.3 - Possui pós-graduação? () SIM _____ () NÃO

3. Atuação

3.1 – Salário (em salário mínimo) / Na ESF:

3.2 - Carga horária:

3.3 - Vínculo empregatício com outra instituição? () SIM () NÃO.

Há quanto tempo? _____.

Salário (em salário mínimo): _____

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar do estudo intitulado: SOBRECARGA E SATISFAÇÃO COM O TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, para a dissertação de mestrado de Bianca Cristina Silva de Assis, coordenado pela Prof^ª. Dr^ª. Maria Odete Pereira da Escola de Enfermagem da UFMG.

Sua participação na pesquisa será a de responder algumas perguntas acerca de seu trabalho no Centro de Saúde e, se não quiser, não é obrigado a participar.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e quantitativa, desenvolvida por meio das entrevistas com os profissionais das equipes da Atenção Primária à Saúde acerca do seu trabalho, que tem por objetivo **analisar a sobrecarga e a satisfação com o trabalho de profissionais das equipes de atenção primária à Saúde, do município de Ritópolis - Minas Gerais.**

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG), sob o número CAEE 59118416.4.0000.5149.

Sua participação é voluntária e consiste em responder algumas perguntas do roteiro de entrevista socioeconômico e demográfico, acerca da sobrecarga e satisfação com o trabalho. O local, data e horário da entrevista será agendado de acordo com a sua disponibilidade. Se concordar em responder às perguntas, a conversa será gravada, a fim de manter a fidedignidade de suas respostas, o máximo possível.

Afirmo que sua colaboração é voluntária e muito importante e que esta pesquisa oferece riscos mínimos. Além disso, o seu anonimato será garantido. Espera-se que os resultados desse estudo permitam reflexões e suscitem questões, para que os profissionais participantes se sintam mais satisfeitos em seu processo de trabalho e tenham redução na percepção da sobrecarga de trabalho, em unidades da Atenção Primária à Saúde, a fim de qualificar o cuidado e atendimento prestado, além de potencializar sua qualidade de vida.

As declarações serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e divulgação dos resultados em meios científicos. Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas,

caso tenha dúvidas e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, sem nenhum ônus ou prejuízo.

Esclareço também que você não terá nenhum gasto adicional e nem será ressarcido por participar da pesquisa.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais pode ser contatado, no endereço: Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901 - Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005, Universidade Federal de Minas Gerais ou pelo seguinte telefone: (31) 3409-4592, E-mail: coep@prpq.ufmg.br.



Assinatura da pesquisadora responsável – Maria Odete Pereira

Assinatura da pesquisadora (mestranda) – Bianca Cristina Silva de Assis

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, dando o seu de acordo em duas vias, sendo que uma ficará em seu poder e a outra com a pesquisadora responsável. A sua assinatura, a seguir, significa que o/a Sr/a leu e compreendeu todas as informações e concorda em participar da pesquisa.

Assinatura do participante

Ritópolis, _____ de _____ de _____.

Nome completo do pesquisador responsável: Prof. Dra. Maria Odete Pereira

Endereço: Escola de Enfermagem, Avenida Professor Alfredo Balena, nº 190, sala 518, Santa Efigênia

CEP: 30130-100, Belo Horizonte – MG

Tel: (31) 3409-8948

E-mail: m.odetepereira@gmail.com

Nome completo da Aluna de Mestrado do PPGENF/EEUFMG

Bianca Cristina Silva de Assis

bianca.ufsj@hotmail.com.br

ANEXO 1 – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – CEP UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Estratégias promotoras de acolhimento, vínculo e autonomia em contextos da Rede de Atenção Psicossocial mineira.

Pesquisador: Maria Odete Pereira

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 59118416.4.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.381.567

Apresentação do Projeto:

Trata-se de segunda emenda a projeto de pesquisa previamente aprovado pelo CEP-UFMG. Autora submete emenda para inclusão de subprojetos de pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Desenvolver e avaliar estratégias promotoras de acolhimento, vínculo e autonomia no contexto da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS do Estado de Minas Gerais.

Objetivo Secundário:

1. Caracterizar sociodemograficamente usuários e trabalhadores da equipe técnica do serviço; 2. Desenvolver estratégias promotoras de acolhimento, vínculo e autonomia com usuários, familiares e trabalhadores; 3. Compreender a vivência da sobrecarga e do Sofrimento Moral de trabalho de profissionais, no contexto da RAPS mineira; 4. Avaliar as intervenções realizadas no desenvolvimento do presente projeto, no contexto da RAPS mineira.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

- Os participantes receberão também esclarecimentos acerca da liberdade que terão para declinarem de sua participação no estudo a qualquer momento, sem prejuízos em seu tratamento

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 2.381.567

ou ônus financeiro e a respeito dos riscos, que, quando existirem, serão minimizados pela pesquisadora e serviços onde o estudo for desenvolvido.

Benefícios:

- O estudo trará como benefícios a diminuição de abandono dos usuários ao tratamento, melhor acolhimento das necessidades dos usuários e familiares, aumento do vínculo entre trabalhadores e usuários/familiares, atitude positiva dos trabalhadores para com usuários de drogas e redução da percepção da sobrecarga de trabalho vivenciada pelos trabalhadores. Os resultados do estudo ajudarão a melhorar o processo de trabalho, no sentido de melhorar a qualidade de vida de todos os envolvidos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa previamente aprovado pelo CEP-UFMG. É um projeto "guarda-chuva" com vários subprojetos menores; basicamente cada subprojeto para cada objetivo específico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos estão presentes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As alterações sugeridas pela autora não modificam os riscos ou os benefícios aos participantes do estudo. A forma como os TCLEs foram descritos contempla a inclusão dos novos subprojetos. Assim, diante do exposto, sou pela aprovação da emenda ao projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1005893_E2.pdf	26/10/2017 16:07:33		Aceito
Outros	justificativa_emenda.docx	26/10/2017	Maria Odete Pereira	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.381.567

Outros	justificativa_emenda.docx	16:04:19	Maria Odete Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_emenda.doc	26/10/2017 15:25:11	Maria Odete Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	carta_ritapolis.pdf	26/10/2017 15:23:29	Maria Odete Pereira	Aceito
Outros	591184164parecer2.pdf	28/12/2016 17:42:05	Vivian Resende	Aceito
Outros	591184164emenda2.pdf	28/12/2016 17:41:46	Vivian Resende	Aceito
Outros	JUSTIFICATIVA_EMENDA_DEZ.doc	12/12/2016 15:21:12	Maria Odete Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOdez2016.doc	12/12/2016 15:16:16	Maria Odete Pereira	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	12/12/2016 15:08:01	Maria Odete Pereira	Aceito
Outros	591184164aprovacao.pdf	25/08/2016 11:27:42	Vivian Resende	Aceito
Outros	591184164parecer.pdf	25/08/2016 11:27:26	Vivian Resende	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TLCE_Trabalhador.pdf	24/08/2016 17:01:31	Maria Odete Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuario.pdf	24/08/2016 16:43:01	Maria Odete Pereira	Aceito
Outros	Parecer_Camara.pdf	24/08/2016 16:37:15	Maria Odete Pereira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_anuencia_Identificacao.pdf	24/08/2016 16:35:13	Maria Odete Pereira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_anuencia_Efetividade.pdf	24/08/2016 16:34:22	Maria Odete Pereira	Aceito
Orçamento	591184164emenda2assinada.pdf	14/11/2017 15:11:26	Vivian Resende	Aceito
Outros	591184164parecerEMassinado.pdf	14/11/2017 15:11:39	Vivian Resende	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.381.567

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

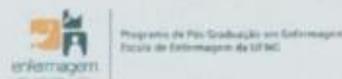
Não

BELO HORIZONTE, 14 de Novembro de 2017

Assinado por:
Vivian Resende
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S/I 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

ANEXO 2 – Carta de Anuência para execução da pesquisa, fornecida pelo município de Ritápolis/MG.



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos conhecer o projeto de pesquisa intitulado “SOBRECARGA E SATISFAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA”, sob responsabilidade da pesquisadora Maria Odete Pereira, CPF 057.944.038-96, juntamente da mestrande Bianca Cristina Silva de Assis da EEUFMG, cujo objetivo é realizar uma análise sobre a sobrecarga e satisfação de trabalho dos profissionais atuantes na equipes de Atenção Básica e oferecer como suporte intervenções através da Psicologia Positiva, buscando o empoderamento desses profissionais e autorizamos que este estudo seja executado nas equipes da Atenção Básica das Unidades de Saúde do Município de Ritápolis/MG.

Será feita uma emenda do projeto principal “Estratégias promotoras de acolhimento, vínculo e autonomia em contextos da Rede de Atenção Psicossocial Mineira” CAAE: 59118416.4.3001.5140, e será submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais – COEP.

Esta autorização foi subsidiada por uma apreciação institucional das gerências responsáveis pela temática da pesquisa e está condicionada ao cumprimento pelos (a/o) pesquisadores (a/o) dos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares.

A utilização dos dados pessoais dos sujeitos da pesquisa se dará exclusivamente para os fins científicos propostos, mantendo o sigilo e garantindo a utilização das informações sem prejuízo das pessoas, grupos e ou comunidades.

O início do estudo dependerá de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – COEP.

Luciano Alves dos Santos
 Diretor do Departamento Municipal
 de Saúde
 CPF: 055.820.206-32
 RG: MG - 12161639

Luciano Santos
 Secretário Municipal de Saúde / Ritápolis

Ritápolis, 04 de agosto de 2017.

Higino Zecarias de Sousa
 Prefeito Municipal / Ritápolis

ANEXO 3 – Maslach Burnout Inventory (MBI)

Cód.	Variáveis	Com que frequência
1	Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
2	Quando termino minha jornada de trabalho, sinto-me esgotado.	0 1 2 3 4 5 6
3	Quando me levanto pela manhã e enfrento outra jornada de trabalho, sinto-me fadigado.	0 1 2 3 4 5 6
4	Sinto que posso entender facilmente como as pessoas que tenho que atender, se sentem a respeito das coisas.	0 1 2 3 4 5 6
5	Sinto que estou tratando alguns receptores de meu trabalho como se fossem objetos impessoais.	0 1 2 3 4 5 6
6	Sinto que trabalhar todo dia com gente me cansa.	0 1 2 3 4 5 6
7	Sinto que trato com muita efetividade os problemas das pessoas que eu tenho que atender.	0 1 2 3 4 5 6
8	Sinto que meu trabalho está me desgastando.	0 1 2 3 4 5 6
9	Sinto que estou influenciando positivamente na vida das pessoas, através de meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
10	Sinto que tornei-me mais duro com as pessoas, desde que eu comecei este trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
11	Preocupo-me com este trabalho que está endurecendo-me emocionalmente.	0 1 2 3 4 5 6
12	Sinto-me muito vigoroso em meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
13	Sinto-me muito frustrado por meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
14	Sinto que estou trabalhando demais no meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6

15	Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.	0 1 2 3 4 5 6
16	Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.	0 1 2 3 4 5 6
17	Sinto que posso criar com facilidade um clima agradável com os receptores do meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
18	Sinto-me estimulado depois de haver trabalho diretamente com quem tenho que atender.	0 1 2 3 4 5 6
19	Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
20	Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.	0 1 2 3 4 5 6
21	No meu trabalho, eu manejo os problemas emocionais com muita calma.	0 1 2 3 4 5 6
22	Parece-me que os receptores de meu trabalho, culpam-se por alguns de seus problemas.	0 1 2 3 4 5 6

(Traduzida e Validada no Brasil pelo Instituto de Prevenção do Stress e Saúde Ocupacional, 1999)

ANEXO 4 - Questionário de Satisfação no Trabalho S20/23

1	Trabalho enquanto propiciador de realização	MS	BS	PS	I	PI	BI	MI
2	Oportunidades que o trabalho oferece de fazer coisas nas quais se destaca	MS	BS	PS	I	PI	BI	MI
3	Oportunidades que o trabalho oferece de fazer coisas que gosta	MS	BS	PS	I	PI	BI	MI
4	Salário	MS	BS	PS	I	PI	BI	MI
5	Objetivos e metas que deve alcançar	MS	BS	PS	I	PI	BI	MI
6	Higiene e salubridade do local de trabalho	MS	BS	PS	I	PI	BI	MI
7	Ambiente e espaço físico do local de trabalho	MS	BS	PS	I	PI	BI	MI
8	Iluminação do local de trabalho	MS	BS	PS	I	PI	BI	MI
9	Ventilação do local de trabalho	MS	BS	PS	I	PI	BI	MI
10	Climatização do local de trabalho	MS	BS	PS	I	PI	BI	MI
11	Oportunidades de formação e atualização oferecidas pela empresa	MS	BS	PS	I	PI	BI	MI
12	Oportunidade de ascensão na carreira	MS	BS	PS	I	PI	BI	MI
13	Relações pessoais com as instâncias de poder	MS	BS	PS	I	PI	BI	MI
14	Supervisão sobre o trabalho que realiza	MS	BS	PS	I	PI	BI	MI

15	Periodicidade da supervisão	MS	BS	PS	I	PI	BI	MI
16	Forma como avaliam e julgam seu trabalho	MS	BS	PS	I	PI	BI	MI
17	Igualdade de tratamento e sentido de justiça	MS	BS	PS	I	PI	BI	MI
18	Apoio recebido das instâncias superiores	MS	BS	PS	I	PI	BI	MI
19	Possibilidade de decidir com autonomia sobre o próprio trabalho	MS	BS	PS	I	PI	BI	MI
20	Participação nas decisões da organização ou na sua área de trabalho	MS	BS	PS	I	PI	BI	MI
21	Possibilidade que lhe dão em participar nas decisões da área de trabalho	MS	BS	PS	I	PI	BI	MI
22	Modo como são cumpridos as Leis trabalhistas e os acordos coletivos	MS	BS	PS	I	PI	BI	MI
23	Forma como se processam as negociações sobre a contratação de benefícios	MS	BS	PS	I	PI	BI	MI

MS	Muito Satisfeito
BS	Bastante Satisfeito
PS	Pouco Satisfeito
I	Insatisfeito

PI	Pouco Insatisfeito
BI	Bastante Insatisfeito
MI	Muito Insatisfeito

ANEXO 5 – Roteiro de Entrevistas Dados Qualitativos

1. Por favor, relate-me um dia seu de trabalho, na equipe da ESF.
2. Como você percebe a sobrecarga de trabalho no seu dia a dia de trabalho?
3. No seu dia a dia, o que lhe faz sentir-se satisfeito com o trabalho e realizado profissionalmente?
4. Se você pudesse mudar alguma coisa na sua rotina de trabalho, que o faz sentir-se sobrecarregado e insatisfeito, o que seria? Pode falar acerca de tudo o que quiser.
5. Tem mais alguma coisa que gostaria de falar a respeito da sobrecarga e satisfação no trabalho, que não tenha falado? Fique à vontade para falar o que quiser.